

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 91

Contribution à l'Étude
de
l'Avenir obstétrical
des femmes ayant subi
la césarienne supra-symphysaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Jean-Henri HÉRICORD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à St-CLAUD (Charente), le 9 octobre 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.	<i>Président.</i>
		CRUCHET, professeur....	<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

OO

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ARÇONNE

80 bis, Cours de l'Argonne, 80 bis

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 91

Contribution à l'Étude

de

l'Avenir obstétrical

des femmes ayant subi

la césarienne supra-symphysaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Jean-Henri HÉRICORD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à St-CLAUD (Charente), le 9 octobre 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.	<i>Président.</i>
		CRUCHET, professeur....	<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

— 00 —

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ARGONNE

80 bis, Cours de l'Argonne, 80 bis

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale..... MAURIAC.
id. CASSAET.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.
id. BÉGOIN.
Pathologie et thérapeutiques générales. CARLES.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.
Médecine pathol. et microscopie cliniq. SABRAZÈS.
Anatomie..... VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.... G. DUBREUIL.
Physiologie..... PACHON.
Hygiène..... LEURET.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.
Electroradiologie et clin. d'élec. médic. RÉCHOU.
Chimie..... CHELLE.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.
Pharmacie..... DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie..... MANDOUÏ.
Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Cliniq. chirurg. infantile et orthopédie. ROCHER.
Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants. CRUCHET.
Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique. SIGALAS.
Méd. coloniale et clin. des mal. exotiq. BONNIN.
Cliniq. des mal. cutanées et syphilitiq. PETGES.
Cliniq. des maladies des voies urinaires. DU VERGEY.
Cliniq. des mal. nerveuses et mentales. ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie... PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée... LABAT.
Hydrologie thérapeut. et climatologie. CREYX.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU, (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique)
GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie..... DUBECQ.
id. DUFOUR.
Physiologie..... FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles. R. SIGALAS.
Médecine générale..... N.
id. AUBERTIN.
id. DAMADE.
id. PIÉCHAUD.
id. DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales..... PERRENS.

MM.

Chirurgie générale..... PAPIN.
id. JEANNENEY.
id. CHARRIER.
id. LOUBAT.
Obstétrique..... PERY.
id. RIVIÈRE.
Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie... JOULIA.
Chimie générale pharmaceutique et
toxicologie..... VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Médecine opératoire..... PAPIN.
Physiologie..... FABRE.
Accouchements..... PERY.

MM.

Puériculture..... FAUGÈRE.
Démonstr. et préparations pharmac. GOLSE.
Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Ophtalmologie..... MM. {
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de
guerre et les infirmes..... N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle
id. GOURDON.
Clinique dentaire..... DELGUEL.

{ CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Au seuil de cette carrière dont vous m'avez facilité l'entrée,
je vous dédie ces pages en témoignage de ma profonde affection
et de mon éternelle reconnaissance.

A MES SŒURS

Au nom de l'affection qui nous unit.

A LA MÉMOIRE

de mon beau-frère, Pierre VIGNEAU.

A MON BEAU-FRÈRE

Edmond GIRY.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN,

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,*

*Commandeur de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Officier de l'Instruction publique.*

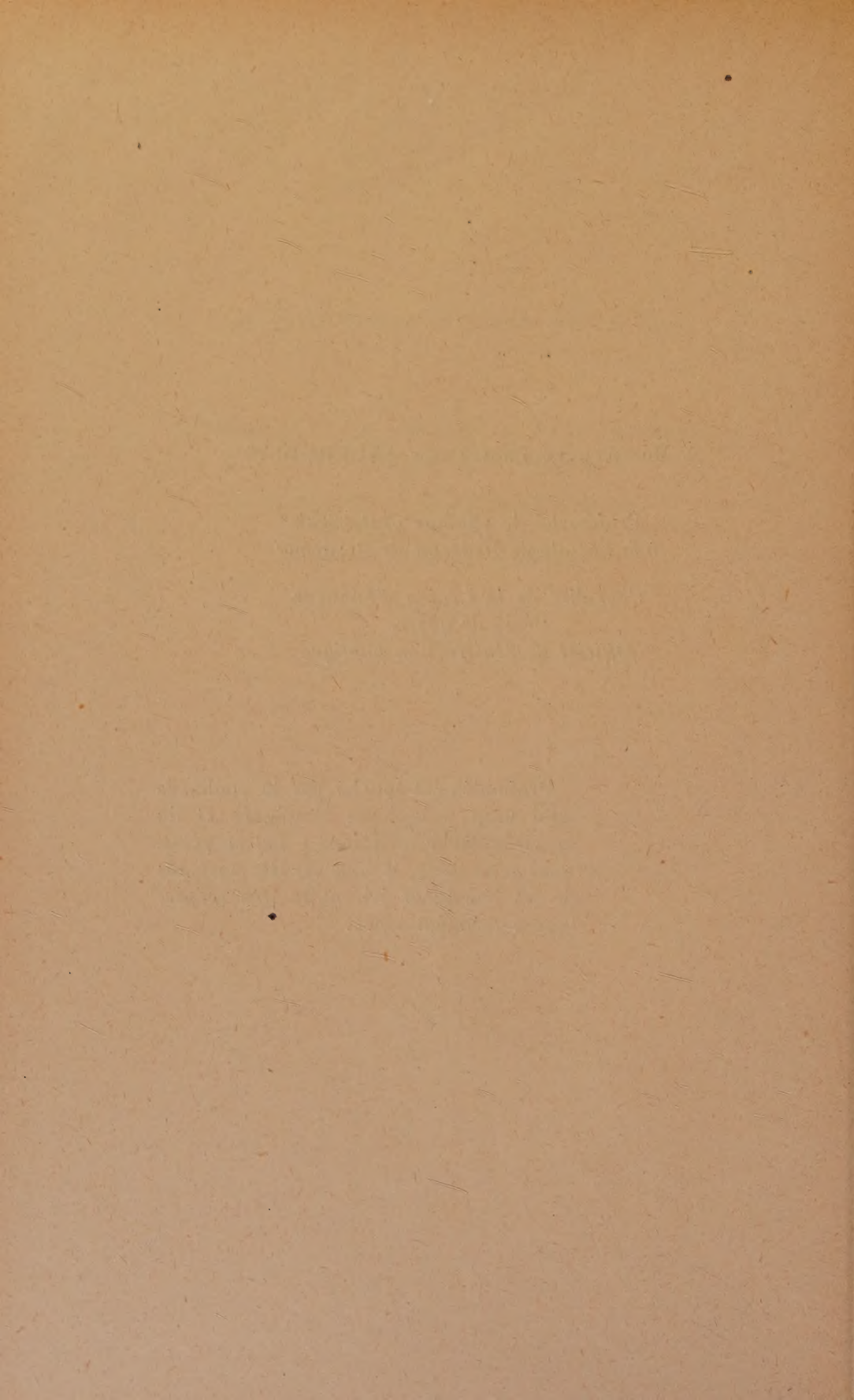
A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS,

*Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Bordeaux*

*Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Officier de l'Instruction publique*

Profondément touché par la confiance
qu'il nous a toujours témoignée et du
grand honneur qu'il nous a fait en prési-
dant cette thèse, il nous est très agréable
de lui témoigner ici, notre très respec-
tueuse reconnaissance.



AVANT-PROPOS

Le travail que nous avons entrepris est une « *Contribution à l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne supra-symphysaire.* » Les deux services obstétricaux de Bordeaux nous ont donné largement par leurs observations de quoi nous faire une opinion sur ce sujet.

La césarienne basse a été introduite à Bordeaux en 1923, par le Docteur BALARD, aussi, notre étude peut-elle porter sur 243 cas de césarienne basse, chiffre on le voit relativement élevé.

Nous diviserons notre travail en trois parties :

Première partie. — Valeur anatomique, et fonctionnelle de l'utérus après une césarienne basse.

Deuxième partie. — Conduite à tenir lors des grossesses et des accouchements consécutifs.

Troisième partie. — Pièces justificatives, comprenant deux sections : 1° Les observations de césarienne itérative provenant des maternités bordelaises. 2° Un certain nombre d'observations d'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse provenant tant des services bordelais que des cas relevés dans la littérature.

INTRODUCTION

De tous les moyens et de tous les procédés opératoires qui ont pour but de sauver la vie de l'enfant, tout en essayant de conserver à la mère une intégrité génitale anatomique et fonctionnelle aussi complète que possible, la césarienne suprasymphysaire est actuellement le plus employé.

Nous verrons au cours de notre étude, si la faveur dont elle jouit à l'heure actuelle est réellement méritée de ce point de vue.

SKICHELÉ, déjà en 1920, signalait les avantages de cette opération en publiant quatre cas de césarienne basse transpéritonéale faite avec succès.

Au cours du Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française en 1921, malgré l'appui d'un grand nombre, LEQUEUX et KOUWER prononçaient un sévère réquisitoire contre cette méthode lui déniait toute valeur de protection de la cavité péritonéale et prévoyant de nombreuses ruptures au cours de grossesses ultérieures.

COUVELAIRE mit fin à ces débats en sa qualité de rapporteur « d'une phrase académique qu'à distance on pourrait croire prophétique, tant l'avenir lui a apporté une éclatante confirmation que d'aucuns n'avaient peut-être pas prévue. » (ANDÉRODIAS et BALARD.)

« En ce qui concerne, dit COUVELAIRE, les avantages au point de vue général, et au point de vue des limites de l'opérabilité au cours du travail de la césarienne basse l'heure n'est pas venue de porter un jugement, c'est des faits observés que devra se dégager notre opinion.

Dans l'un de nos prochains Congrès la question pourra être reprise à la lumière d'une expérience plus étendue ».

A l'heure actuelle si l'on peut juger les résultats immédiats de cette opération surtout depuis les améliorations apportées à sa technique (rachi-anesthésie et emploi de l'aspirateur électrique-ANDÉRODIAS) il n'en est pas de même quant aux suites éloignées.

Cette opération étant d'une pratique relativement récente, nous ne pouvons juger des résultats éloignés que par un nombre relativement restreint de grossesses survenues chez des femmes ayant eu préalablement à subir une césarienne et pourtant l'un des problèmes les plus importants est justement celui de la conduite à tenir lors des accouchements subséquents.

En effet pour une nouvelle grossesse chez une césarisée, faut-il avoir recours à une autre césarienne ou peut-on laisser la femme entrer en travail et opérer après si cela est nécessaire en basant sa conduite sur l'intensité de la contraction utérine, l'existence ou l'absence de troubles de la dilatation, le volume ou du moins la malléabilité de la tête fœtale, et peut-être aussi la variété de position de la présentation.

De telles questions ne se posaient pas avec la césarienne corporéale pratiquée pour dystocie osseuse qui commandait d'une façon impérieuse et systématique un autre acte opératoire.

Cependant, pour certains cas, on pouvait laisser aller l'accouchement par les voies naturelles si l'hystérotomie avait été pratiquée pour une dystocie passagère telle par exemple qu'une tumeur *prævia*.

Pour quelles raisons avec la césarienne basse les conceptions ont-elle changé ? RIENTER l'a fort bien exprimé en ces termes dans le référendum organisé par ANDÉRODIAS et BALARD. « La sécurité utérine plus grande que donne la césarienne basse milite aux accouchements ultérieurs en faveur d'une épreuve du travail dont l'issue pourra parfaitement différer ».

Le problème de la conduite à tenir en pareil cas n'a pas suscité jusqu'à présent de nombreux travaux.

Citons par ordre chronologique les principaux mémoires qui ont plus spécialement traité la question :

CHATILLON, A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur (*Revue franç. de gyn. et d'obst.*, 10 octobre 1924).

WETTERWALD, A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne transpéritonéale basse (*Gyn. et obst.*, février 1926).

JUNG (*Bull. Soc. belge gyn. et obst.*, 1930, n° 3, p. 115).

GELLÉ, Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse (*Thèse Lille*, 1930, inspirée par PAUCOT).

A Bordeaux, MM. ANDÉRODIAS et BALARD ont publié sur ce point un important travail paru dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* en septembre 1929. « Avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse, conduite à tenir lors des accouchements consécutifs ». Cet article était basé sur un certain nombre d'observations personnelles aux auteurs et surtout sur les observations originales qu'avaient bien voulu leur communiquer leurs collègues de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. Ils faisaient état en outre de certaines opinions théoriques de leurs correspondants ainsi que de quelques statistiques parues dans la littérature et concernant l'avenir éloigné de ces opérées.

On peut relever depuis lors la thèse d'Albou, d'Alger et celle de Mulhrad, de Paris qui ont apporté quelques précisions de détail, mais qui n'ont fait que confirmer en tous points les opinions de nos Maîtres bordelais.

PREMIÈRE PARTIE

**Valeur anatomique et fonctionnelle de l'utérus
après la césarienne basse**



I. — Valeur anatomique de l'utérus et de la zone opératoire.

1° Valeur de la cicatrice utérine

C'est dans la reconstitution du muscle utérin après l'hystérotomie basse que résident nos craintes comme tous nos espoirs. C'est de la valeur de cette cicatrice que dépend l'avenir éloigné des femmes antérieurement césarisées.

D'après la technique même de l'opération on s'aperçoit que la reconstitution de la paroi se fera beaucoup mieux et plus solidement que dans la césarienne haute. En effet l'incision est réduite au minimum et n'intéresse que la partie la moins vasculaire de l'utérus, elle est assez basse pour permettre un drainage facile. En outre la cicatrice située en zone non contractile se trouve au repos et n'est pas influencée par les contractions du *post-partum*. La reconstitution se fait très vite avec un minimum de tissu scléreux. Le segment inférieur n'a qu'à se laisser distendre pendant les grossesses ultérieures et seulement à la période terminale, il n'a pas à participer à l'effort violent des contractions utérines du travail. C'est dans ces raisons qu'il faut voir l'explication des bons résultats obtenus, infiniment meilleurs que dans la césarienne haute.

La solidité de la cicatrice dépend aussi de l'insertion du placenta. Dans la césarienne haute le placenta très souvent s'insère lors des accouchements ultérieurs sur la cicatrice. Les villosités choriales se fixent sur un muscle déjà affaibli, provoquent une congestion intense et une véritable dilacération des fibres musculaires et la cicatrice devient ainsi un point de moindre résistance. Ce qui se passe pour la césarienne haute se passerait aussi pour la césarienne basse en cas de placenta prævia consécutif, mais cependant on a jamais encore signalé de ruptures utérines pour placenta prævia dans

ces cas là. Cela tient sans doute à la rareté absolue d'une insertion basse et le calcul des probabilités en montre l'extrême rareté pour un cas donné, antérieurement opéré de césarienne supra-symphysaire.

Très souvent lors d'une césarienne itérative ou d'une laparotomie il est impossible au chirurgien de déceler macroscopiquement la cicatrice.

Déjà, en 1910, OLOW, cité par ALBOU, notait qu'il connaissait trente cas, dans lesquels la cicatrice s'était montrée solide dans les grossesses subséquentes. CZYEWICZ, d'après le même auteur, qui a collationné vingt-neuf cas dans la littérature, n'a relevé dans aucun une insuffisance de la cicatrice.

HAUCH signale que lors d'une nécropsie faite chez une femme morte d'un cancer de l'estomac, antérieurement opérée de césarienne basse, il fit un examen minutieux de l'utérus sans pouvoir constater même dans les coupes microscopiques aucune trace de cicatrice, le tissu musculaire étant complètement normal. Le même auteur en a signalé deux autres cas.

GAIFAMI a examiné un utérus ayant été extirpé après une seconde opération césarienne basse chez la même femme, il n'a pu retrouver ni sur la face externe ni sur la face interne de l'organe des traces macroscopiques de l'incision intérieure datant de deux ans. L'examen microscopique lui permit de constater une reconstitution *ad integrum* excellente. En outre, dans onze cas, la cicatrice se montra fonctionnellement solide alors que dans plusieurs cas « l'action des forces naturelles avait été expérimentée longuement ».

WETTERWALD indiquait dans son mémoire que dans la plupart des cas de césarienne itérative la cicatrice n'est pas visible et se présente sous forme d'une ligne blanchâtre.

GELLÉ déclare que le nombre des cas où l'on a pu constater l'intégrité du segment inférieur dépasse la centaine.

DOBROSCHKE (cité par ALBOU), qui a réuni les cas de la clinique KUSTNER a relevé vingt femmes ayant fait dans la suite vingt-neuf grossesses. Vingt fois on a réopéré après une durée de travail ayant été de 6 h. 30 à 41 heures. Dans tous les cas

la cicatrice cervicale fut résistante, et, dans les cas où on refit une césarienne basse, il fut constaté la solidité de la cicatrice, que la grossesse soit survenue tôt ou tard après la première intervention (intervalles de 11 à 33 mois et demi). Dans un cas de LICHTENSTEIN, la cicatrice résista à un hydramnios.

Tout récemment, en avril 1932, CALLÉJA, dans sa thèse sur les césariennes itératives montre d'après des coupes histologiques de la cicatrice prélevée au cours d'une seconde intervention, une régénération parfaite du segment inférieur. Ce processus cicatriciel s'explique bien quand on connaît l'origine, la morphologie et la physiologie du segment inférieur, organe essentiellement transitoire qui se forme seulement au moment du travail et disparaît en quelque sorte après l'accouchement.

L'infection même n'est pas un critérium en faveur de la solidité ou de la fragilité de la cicatrice. L'accouchement spontané s'est vu alors que la césarienne basse avait été suivie d'une infection sévère de la plaie opératoire utérine qui était bien de nature à inspirer de sérieuses craintes sur la valeur et la solidité de la cicatrice du segment inférieur. Une observation rapportée par HENRIOT en fait foi.

D'après notre statistique personnelle (Cf. Pièces justificatives), sur 36 opérations césariennes itératives, dont 15 figurent déjà dans le travail d'ANDÉRODIAS et BALARD, nous avons trouvé :

18 cas dans lesquels après le décollement vésical, il était impossible de retrouver la trace de l'incision primitive, soit 50 %.

16 cas où la cicatrice était visible, se présentant la plupart du temps sous forme d'une ligne blanchâtre et nacrée mais apparemment résistante, soit 44 %.

2 cas seulement où le segment inférieur était mince comme une feuille de papier à cigarette et à travers lequel on distinguait nettement les cheveux du fœtus, soit 5 %.

L'opération avait été pratiquée chaque fois en cours de travail sans qu'il y ait eu jusque là d'accident.

Nous signalerons ultérieurement au paragraphe des adhérences l'état du tissu sous-péritonéal en rapport avec cette cicatrice.

Notre statistique confirme donc l'opinion commune que, d'après la valeur anatomique de cette cicatrice, on peut conclure à une valeur fonctionnelle très satisfaisante de l'utérus césarisé sur le segment inférieur.

Le Professeur PÉRY a bien résumé l'opinion commune sur ce point : « Alors qu'après l'hystérotomie haute il est en général très facile de repérer la cicatrice de la première intervention sous forme d'une dépression ou au contraire d'un soulèvement local due à la pression excentrique de l'œuf et de son contenu, il est fréquent de ne pas trouver sur le segment inférieur aucune trace de la première incision. Dans tous les cas cette cicatrice est ordinairement difficile, sinon impossible à retrouver ce qui montre bien sa faible importance et explique sa parfaite tenue dans la presque unanimité des cas ».

2° Rupture utérine après césarienne basse

La rupture utérine est le plus grave accident que l'on puisse craindre après toute césarienne. Là encore, la césarienne basse offre un réel avantage sur la césarienne classique en ce qui concerne la fréquence de la rupture utérine.

« Et tout d'abord, comme ALBOU a bien tenu à le signaler, avant d'aborder la rupture de l'utérus, il ne faudrait pas négliger de parler de la désunion de la cicatrice. Cet accident, très sérieux — il provoque à coup sûr une péritonite par dissémination dans la grande cavité péritonéale de germes pathogènes partis du foyer utérin plus ou moins suspect — ne se voit jamais dans la césarienne basse où l'on opère sur une partie de l'utérus peu musclée, où la contractilité est peu efficace, région muette où la suture est peu tiraillée, solide par conséquent, et peu exposée à se relâcher. Cet avantage important fait que le catgut, délaissé autrefois pour les sutures sur le corps utérin, qui se contracte très violemment après la délivrance et dans les suites de couches au cours de son involution physiologique, puis remplacé par du fil de soie

non résorbable, cause souvent de fistules rebelles, est à nouveau employé pour les sutures sur le segment inférieur pour le plus grand bien des opérées. »

LEQUEUX, en 1921, avait émis des craintes, *a priori*, sur le manque d'élasticité de la cicatrice du segment inférieur et sur les risques de rupture de celle-ci, par suite de l'ampliation considérable que le segment inférieur doit subir lors d'un accouchement ultérieur. Ces craintes comme on va le voir ne se sont pas réalisées.

Cependant, on ne peut nier la possibilité et l'existence des ruptures de la cicatrice après césarienne basse. Il faut bien reconnaître que l'infection rencontrée quelquefois, puisqu'il s'agit de cas impurs, est une cause défavorable à la cicatrisation *per primam* de la plaie et entraîne parfois la production d'un tissu cicatriciel scléreux sans souplesse.

GELLÉ dans sa thèse a signalé 22 cas de rupture utérine après césarienne basse. Mais encore dans ces observations la plupart du temps la déchirure se fait en dehors de la cicatrice et se continue sur le corps. C'est ce qui s'est produit quatre fois dans les observations, ce qui réduit les ruptures franches portant exclusivement sur la cicatrice à 18.

WOLFF signale aussi le fait d'une femme ayant subi la césarienne haute, et une césarienne basse et dont la rupture se produisit sur la cicatrice haute, la cicatrice basse restant intacte.

Les quatre cas de GELLÉ, et celui de WOLFF, démontrent au contraire la résistance toute spéciale de la cicatrice basse puisque l'utérus s'est rompu sur un autre point.

Dans sa thèse GELLÉ dit que ces dix-huit cas de rupture seraient à mettre en regard des 4.931 observations de césarienne basse qu'il a relevées. Mais si tous les cas de rupture ont été relevés il est plus que certain que toutes les césariennes basses ne l'ont pas été.

WETTERWALD qui a observé lui-même un cas de rupture et enregistré 9 autres cas dans la littérature nous dit : « Quelle proportion ces 10 cas de rupture représentent-ils dans le nombre des césariennes basses pratiquées en général ? Il est

inutile de vouloir répondre d'une manière précise. Cependant nous avons pu recueillir dans la littérature 3.600 cas de césarienne supra-symphysaire. Le véritable nombre des césariennes basses pratiquées dépasse de beaucoup le chiffre ci-dessus, par conséquent le chiffre de 10 ruptures pour 3.600 césariennes basses soit un pourcentage de 0,28 % est plus fort que la réalité ».

ANDÉRODIAS et BALARD font observer très justement que c'est une façon erronée de présenter les choses, le pourcentage des ruptures ne doit pas être calculé sur le nombre total des césariennes pratiquées, mais bien seulement sur le chiffre des femmes, redevenues enceintes qui *seules en réalité sont dans les conditions requises pour que la rupture se produise*.

D'après les statistiques fournies *in extenso*, si l'on réunit l'ensemble des accouchements spontanés et des césariennes itératives publié à ce jour dans la littérature on arrive au chiffre suivant :

PHANEUF	189
REEB	51
HAUCH	4
HAMM	5
JUNG	155
ANDÉRODIAS et BALARD	19
Alger (Thèse ALBOU)	11

Statistique des Maternités bordelaises figurant aux pièces justificatives, défalcation faite des 19 cas d'Andérodias et Balard rapportés ci-dessus à part et qui feraient double emploi	33
---	----

Total	467
-------------	-----

avec deux ruptures, soit 0,40 %.

Si l'on compare ce pourcentage avec celui de la césarienne haute nous voyons que

MORISSON LACOMBE arrive à	4 %
PLANÈS et BALARD	

Le chiffre actuel des ruptures dans la césarienne haute doit être en moyenne entre 3 et 4 %. Ce qui est donc nettement en faveur de la césarienne basse.

En ce qui concerne la gravité de la rupture, vu la rareté des cas, il est difficile de répondre d'une façon précise.

CATHALA raisonnant *à priori* avait pensé que si « la cicatrice du segment inférieur est plus solide que celle du corps, par contre la rupture est peut-être plus grave, par suite de la présence de la vessie en avant de la cicatrice à laquelle elle peut adhérer ».

Ce sont là craintes théoriques, car dans la césarienne basse, la rupture se produisant dans une zone très peu vasculaire, l'hémorragie sera moins abondante et plus lente permettant une intervention moins rapide. L'infection se propage elle aussi moins vite. Le péritoine pelvien en effet se défend mieux que le péritoine abdominal. Dans l'observation que nous rapportons plus loin la malade a pu rester 38 heures avant d'être opérée. A ce moment-là elle n'avait que des signes de péritonite légère, un peu de sang libre dans la cavité abdominale les anses intestinales étaient peu distendues mais non dépolies et elle a parfaitement guéri.

Dans la césarienne corporéale, HOLLAND relevait 31 décès sur 97 cas, soit 32 p. 100 de mortalité; BALARD, avec PLANÈS, arrivait au chiffre de 14 p. 100, mais ce pourcentage portait seulement sur 8 cas de rupture. GELLÉ donne pour la césarienne basse 21,4 p. 100 de mortalité sur 14 observations. En y ajoutant notre cas de rupture suivi de guérison, cela donne 15 ruptures et 3 décès soit une mortalité de 20 p. 100.

Un cas de rupture a été en effet relevé dans les services des Maternités bordelaises, le voici rapporté en détail.

OBSERVATION I.

Clinique Obstétricale Boursier 1932 n° 658 bis

M^{me} D..., vingt-huit ans, primipare est adressée à M. le Professeur Andérodias en décembre 1930, à terme de sa première grossesse pour œdèmes et albuminurie. Un régime sévère, d'abord hydrique, puis lacté, accompagné d'une purgation à l'eau-de-vie allemande améliore son état.

Au point de vue obstétrical on constate une présentation de la tête élevée mais le bassin n'est que très légèrement rétréci, aplati (P.S.P. 10 cm, 1/2). La malade entre en travail le 25 décembre 1930. Après rupture des membranes et dilatation complète la tête ne s'engage pas et déborde malgré les contractions utérines régulières. On décide l'opération césarienne. Celle-ci est pratiquée par M. Labat, interne du service, assisté du Docteur Mahon, chef de clinique.

Anesthésie rachidienne (syncaïne 0 gr. 10). Laparatomie sous-ombilicale, on tombe sur une vessie volumineuse quoique vide qui remonte assez haut mais qu'on décolle assez facilement. Dès l'incision verticale du segment inférieur le cordon ombilical fait hernie et est comprimé entre les lèvres de la plaie et la tête fœtale. Difficultés de dégagement de la tête qui nécessite un débridement vers le haut entamant le corps utérin.

Hémorragie assez abondante malgré la rachi-anesthésie et bien que celle-ci soit parfaite. Suture typique du segment inférieur, péritonisation en X pour enfouir la partie haute de l'incision et fixation haute de la vessie qui recouvre le tout.

L'enfant (3 k. 745), crie aussitôt et s'élève bien par la suite.

Les suites sont troublées par des complications pulmonaires à forme broncho-pneumonique, et par une suppuration importante de la cuisse avec décollement étendu consécutif à une injection sous-cutanée d'huile camphrée; mais rien n'attire l'attention du côté abdominal. La malade a guéri après un séjour assez prolongé à la clinique d'accouchement et au service d'isolement des maternités de Canolle où elle a été transportée.

La malade fait une nouvelle grossesse l'année suivante (dernières règles du 11 novembre 1931). Comme elle garde un très mauvais souvenir de son séjour hospitalier et redoute l'éventualité d'une seconde césarienne, son médecin lui propose un accouchement prématuré provoqué. Celui-ci est tenté fin juillet 1932, mais par des moyens purement médicamenteux qui ne donnent aucun résultat. La malade entre en travail au terme de sa grossesse, le 18 août 1932. Le 19 août à cinq heures du matin la malade étant en dilatation complète, le médecin rompt les membranes. A ce moment précis la malade dit ressentir une douleur très violente qui se généralise à tout l'abdomen. Les contractions utérines qui jusque-là étaient régulières et assez énergiques disparaissent complètement. Le médecin intervient par une application de forceps sur le sommet fixé au détroit supérieur, qui permet, d'après ses dires, d'extraire très facilement un enfant de poids moyen qui ne peut être réanimé. La délivrance s'opère dans les délais normaux, naturellement.

Le lendemain 20 août, la malade qui n'a pas rendu de gaz depuis l'accouchement présente un abdomen très douloureux au palper et spontanément, et très météorisé. Le pouls est petit et rapide. La température de 37,7.

Devant ces symptômes, le médecin envoie la malade à l'hôpital Boursier, où elle arrive dans la soirée du 20 août. Elle est immédiatement examinée par le Professeur agrégé Rivière, qui pratique

un toucher vaginal lui fournissant simplement l'impression d'une déchirure du col paraissant remonter sur le segment inférieur. En présence des signes de péritonite manifeste, il décide l'intervention chirurgicale immédiate. Celle-ci est pratiquée le 20 août 1932 à 20 heures, soit 38 heures environ après l'accouchement.

Opérateur : Dr Traissac, chef de clinique de gynécologie.

Aide : M. Braud, externe du service.

Anesthésie générale à l'éther (Ombredanne), par M. Bettit.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. — Le ventre ouvert, on remarque un peu de sang libre et des anses intestinales de coloration normale sans dépoli, assez distendues. Au niveau du cul de sac vésico-utérin, on trouve une déchirure transversale béante à travers laquelle on aperçoit le museau de tanche de l'utérus en retro-version; sur la déchirure transversale se greffe une déchirure verticale qui remonte de 3 centimètres environ sur le segment inférieur.

Hystérectomie totale après ligature primitive des pédicules utéro-ovariens et ronds et pinces de J. L. Faure sur les utérines. Drainage par mèches vaginales et Mickulicz abdominal. Suture de la paroi en un plan.

La durée totale de l'intervention n'excède pas 50 minutes malgré une panne d'éclairage.

La malade est immédiatement réveillée. Température 36,7, pouls à 140, sérum, toni-cardiaques. Très rapidement l'amélioration survient et se confirme. Les gaz sont rendus dès le deuxième jour. Ablation de la mèche vaginale le cinquième jour, l'ablation du Mikulicz est longue et pénible. On peut terminer celle du sac que le quinzième jour sous anesthésie générale à l'éther après section et ligature de l'épiploom saignant et adhérent.

La cicatrisation s'opère secondairement avec rapidité et la malade dont les suites ont été, en somme, des plus simples quitte le service le 1^{er} octobre, soit 50 jours après l'accouchement.

En publiant cette observation les auteurs ont cru devoir souligner que le trait de rupture étant surtout transversal et seulement sur la cicatrice pendant un assez court trajet, il ne peut pas s'agir à proprement parler d'une rupture de la cicatrice mais bien d'une rupture d'un utérus antérieurement césarisé, avec participation partielle de la cicatrice.

Au cours de la discussion M. MANGÉ avait émis l'hypothèse que la déchirure primitive était la petite fente linéaire verticale au niveau de la cicatrice et que la déchire transversale se serait produite au cours d'une application de forceps par suite des tractions. Cette hypothèse, possible, est en tout cas invérifiable.

Il est vain, semble-t-il de poursuivre une longue discussion byzantine à cet égard. Il s'agit là d'une rupture à mettre au passif de la césarienne basse. Que la déchirure ait été provoquée et à plus forte raison si elle est spontanée, il est certain qu'elle s'est produite parce que l'utérus antérieurement césarisé avait un segment inférieur particulièrement fragile non seulement au niveau de la cicatrice, mais sur toute la zone antérieure décollée au moment de l'opération et qui avait sans doute été le siège de quelques altérations.

Cette observation souligne en tous cas que ces ruptures du segment inférieur sont relativement bénignes. Le choc a été relativement modéré, l'hémorragie quasi nulle et il s'est écoulé 38 heures environ entre cette rupture et l'apparition des signes généraux assez bénins marquant simplement un début de péritonite.

Même opérée tardivement cette malade a guéri.

Ainsi donc nous ne pouvons que conclure à la rareté et à la bénignité relative des ruptures de la cicatrice de la césarienne basse au cours des accouchements ultérieurs. •

3° *Des adhérences*

Parmi les critiques nombreuses que l'on a faites au sujet de la césarienne classique la présence presque constante d'adhérences lors d'une césarienne itérative, est une des plus importantes. KOUWER dit que sur 62 opérations répétées il n'a rencontré que 4 cas où il n'a pas trouvé d'adhérences.

L'explication en est dans l'infection localisée résultant du suintement des liquides plus ou moins infectés venant de la cavité utérine à travers la suture, tandis que dans la Césarienne basse la péritonisation en redingote recouvrant l'incision protège la cavité abdominale du suintement, et par là diminue les chances d'adhérences.

Mais il s'agit souvent de cas impurs, aussi l'existence d'adhérences est-elle parfois constatée mais dans une proportion bien moindre.

DE LEE signale 40 % seulement d'adhérences après la césarienne basse. ALBOU note que, sur 12 césariennes basses itératives effectuées à la Maternité d'Alger, 4 seulement mentionnent l'absence d'adhérences, dans les 8 autres on note la présence d'adhérences. Les plus fréquemment observées sont celles que l'utérus contracte avec la paroi, l'épiploon et la vessie. Les adhérences intestinales font défaut.

Les auteurs signalent que les douleurs abdominales, assez fréquentes après la césarienne corporéale, sont, dans la césarienne basse, très rares, parce que les adhérences intestinales et pariétales sont l'exception. Parfois a-t-on signalé quelques petits troubles vésicaux tels que dysurie, pollakiurie, mais le corps utérin libre d'adhérences peut se développer à l'aise dans l'abdomen : c'est là une raison pour laquelle les femmes vont généralement à terme après une césarienne basse.

D'après la statistique des Maternités bordelaises sur 40 césariennes itératives (15 rapportées par ANDÉRODIA et BALARD et 25 personnels), nous trouvons :

20 cas indemnes de toute adhérence, soit 50 %.

10 cas où l'on a trouvé quelques adhérences épiploïques lâches et absolument sans importance.

7 cas où les adhérences vésico-utérines étaient très nombreuses et serrées sans gêner toutefois pour l'opération, soit 17,5 %.

2 cas où les adhérences utéro-pariétales étaient telles qu'il y avait une véritable symphyse et qu'on a dû sculpter le muscle. Malgré cela la césarienne itérative supra-symphysaire put être réalisée, soit 5 %.

1 cas de ces adhérences utéro-vésicales s'accompagna de déchirure de la vessie au moment du décollement; réparation, suites normales, soit 2,5 %.

1 cas où l'on dut changer de tactique par suite de l'impossibilité absolue de cliver la vessie, et faire une césarienne haute.

En somme dans 30 cas sur 40 on n'eut absolument aucune difficulté; dans 7 on fut un peu gêné et dans 3 cas on éprouva une gêne très grande pour l'opération.

Malgré les adhérences s'il faut pratiquer la césarienne itérative les difficultés et les dangers ne sont donc guère plus grands que pour la césarienne princeps.

4° Cicatrice de la paroi abdominale

Maintenant que nous venons d'apprécier la résistance de la cicatrice de l'utérus et d'évaluer le taux des ruptures qui peuvent se produire, il convient d'examiner aussi la valeur de la cicatrice de la paroi abdominale.

La question a évidemment beaucoup moins de valeur mais il importe quand même de savoir ce que deviendra cette paroi et si sa réfection est meilleure que celle faite à propos de la césarienne haute.

MORISSON-LACOMBE explique dans sa thèse la mauvaise tenue dans la césarienne haute de la paroi, par la nécessité où l'on se trouve de faire une incision relativement longue pour extérioriser l'utérus.

Au contraire dans la césarienne basse, la rareté des éven-trations doit être recherchée dans le fait que l'incision de la paroi abdominale, limitée à la région sous-ombilicale porte disent GROSSE et LEROUX sur une portion de la paroi où les muscles droits sont épais, et rapprochés, les aponévroses résistantes, d'où de meilleures conditions pour obtenir une cicatrisation solide mettant à l'abri de l'éventration, que dans l'hystérotomie haute avec extériorisation où l'incision est plus longue, en grande partie sous-ombilicale et porte sur une portion de l'abdomen où la paroi est mince et peu mus-clée.

Cependant comme il ne s'agit pas de cas toujours purs il arrive fréquemment que la cicatrice suppure et soit le siège d'abcès souvent fort longs à guérir.

Cette suppuration peut être la cause d'une mauvaise réfection de la paroi; nous en avons enregistré une seule observation, mais il semble bien que l'abcès consécutif à l'opération soit la cause de la hernie. (Obs. n° 16.) Pour éviter ces suppurations de la paroi abdominale, si fréquentes que BROUCHA a pu dire quelles étaient « la rançon de la césarienne basse », MANON a proposé « *Société d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux 1932* » de suturer la paroi abdominale en un seul plan au fil de bronze dans tous les cas impurs. Les résultats de cette technique étudiés dans la thèse de notre camarade MIRASSOU (Bordeaux 1932) paraissent tout à fait satisfaisants et il semble qu'on soit appelé ainsi à voir encore diminuer le nombre des éventrations consécutives.

BROUCHA de Liège n'a constaté que trois cas d'éventrations sur 332 opérations.

Dans la césarienne haute ces cas sont certainement plus nombreux par le fait même que la poussée des viscères abdominaux et particulièrement de la masse des anses intestinales étant très puissante le diastasis des muscles abdominaux s'accroît et la hernie se produit, tandis que dans la césarienne basse cette poussée se fait moins sentir.

II. — Valeur fonctionnelle de l'utérus

1° Fertilisation

Il s'agit d'abord de savoir si l'utérus après césarienne basse récupère entièrement sa fonction et s'il peut à nouveau être fertilisé.

Une statistique est presque impossible à faire car plusieurs facteurs entrent en jeu, et celles que l'on a pu faire sont certainement erronées, elles montrent seulement à titre d'indication que l'opération ne nuit en rien à la récupération fonctionnelle de l'utérus. En effet, il faut tenir compte de l'âge de la malade, de son désir d'avoir de nouvelles grossesses, de la peur qu'a la femme de subir une nouvelle opération et surtout des moyens anti-conceptionnels si fréquemment employés aujourd'hui.

WETTERWALD	45 %
JUNG	52 %
ANDÉRODIAS et BALARD	18 %
Statistique personnelle	21,3 %

Notre statistique correspond à l'ensemble des cas de grossesses survenues après césarienne basse dans les Maternités de Bordeaux, soit 52 grossesses sur 243 césariennes basses.

Nous sommes donc loin des chiffres accusés par les deux statistique suisses. Il est vrai que la pratique de la césarienne basse à Bordeaux est beaucoup plus récente qu'en Suisse et que nombre de femmes n'ont pu encore tomber de nouveau enceintes. En outre, n'ayant pas fait, comme WETTERWALD et JUNG, d'enquête précise auprès de nos malades, notre pourcentage est calculé sur le chiffre total des opérées et non pas sur le chiffre de réponses obtenues. Enfin, quelques malades ont pu aller accoucher ailleurs à notre insu.

On a cru pendant longtemps que les adhérences souvent fréquentes étaient une cause très importante de la diminution de la fertilisation. De nombreuses expériences faites sur le cobaye et la souris, par WILLE ont montré que les adhéren-

ces n'étaient pas du tout en cause, et ne nuisaient en rien à la fertilisation. Du reste, nous avons vu le petit nombre des adhérences par rapport au nombre des opérations pratiquées.

JUNG a fait la constatation suivante : « Que les deux tiers des femmes redevenues enceintes, après césarienne basse ne subissent qu'une seule grossesse. Mais on peut se demander si les femmes auraient, sans l'opération césarienne accouché quand même plus de deux fois ».

Si nous comparons le nombre des cas de fertilisation dans la césarienne classique et dans la césarienne supra-symphysaire nous voyons dans la césarienne haute d'après PLAUCHU que 75 % des femmes ne seraient plus fécondées à nouveau. PALMER FINDLEY arrive à 50 %. La clinique BAUDELLOCQUE à 72 %. La clinique Tarnier à 55,5 %, soit en moyenne 63,3 %.

Ces chiffres n'indiquent rien d'absolu, mais si les cas de fertilisation sont moins nombreux dans la césarienne haute ceci peut s'expliquer par le traumatisme sérieux de la muqueuse utérine moins apte à assurer la nidation de l'œuf tandis que pour la césarienne basse l'incision portant sur le segment inférieur n'atteint pas la muqueuse d'une façon définitive.

Mais on peut dire quand même que quelle que soit l'opération si l'on note une diminution du nombre des grossesses ce n'est pas tant l'intervention qui en est la cause, que la restriction volontaire occasionnée la plupart du temps par la peur d'une nouvelle opération.

Autrefois, alors que la césarienne haute était à juste titre considérée comme une opération grave, la crainte du danger pouvait empêcher les femmes d'avoir de nouvelles grossesses, mais à l'heure actuelle avec la bénignité relative de la césarienne basse on doit faire envisager cette intervention sous un jour meilleur. Ce sera justement croyons-nous l'intérêt de notre thèse de démontrer aux accoucheurs, et par là même aux intéressées qu'avec la césarienne basse même pratiquée en cas de dystocie osseuse, l'opération itérative n'est pas

toujours indispensable et que l'accouchement par voie basse est parfois possible.

Confiant dans l'éventualité d'une telle perspective les femmes redeviendront plus volontiers enceintes.

Notre Maître le Professeur ANDÉRODAS et le Docteur BALARD nous dit : « A la phobie opératoire d'autrefois, succède maintenant dans les milieux hospitaliers un optimiste exagéré et nombre de femmes réclameraient la césarienne si nous consentions à la faire d'emblée sans épreuve du travail ».

2° Avortement

Durant la gestation la femme antérieurement césarisée n'est-elle pas plus sujette qu'une autre à faire des avortements ou des accouchements prématurés ?

WETTERWALD a observé 7 avortements survenus chez 5 femmes sur 45 grossesses, soit 15,5 %.

JUNG a observé de même 21 avortements, et accouchements prématurés sur 165 grossesses, soit 15,4 %.

Nous signalons à titre d'indication le pourcentage de la thèse de MORISSON-LACOMBE sur les avortements dans la césarienne haute qui est de 10,4 %.

Dans le même ordre d'idées, BALARD et PLANÈS avaient relevé 10 avortements sur 319 cas de grossesses après césarienne haute, soit 3,13 %.

On a écrit que les adhérences ou la cicatrice du segment inférieur agirait comme une épine irritative qui provoquerait l'expulsion de l'œuf. Mais cette objection ne peut être valable que pour quelques cas puisque la plupart du temps on ne peut trouver trace ni d'adhérences ni de cicatrice.

Comme ANDÉRODAS et BALARD, n'ayant pas fait d'enquête précise sur ce point auprès de toutes les femmes césarisées dans les maternités bordelaises pour savoir si elles n'avaient pas fait ultérieurement de grossesses terminées par un avortement, il ne nous est pas possible de donner un chiffre pré-

cis sur ce point. Répétons avec eux qu'on n'a pas l'impression que les avortements soient aussi fréquents que WETTERWALD l'avait signalé.

On peut noter quelques rares cas de grossesse extra-utérine. JUNG et BALARD l'ont observé chacun une fois. Est-ce le fait de l'opération, ou bien la grossesse aurait-elle évolué ainsi si l'hystérotomie n'avait pas eu lieu. Nous avons relevé trop peu d'observations pour nous faire une opinion.

On a aussi prétendu que l'enfant né d'une grossesse consécutive à une césarienne avait une valeur physiologique diminuée, or, dans notre statistique des Maternités de Bordeaux sur 52 grossesses terminées par accouchement spontané ou césarienne itérative nous avons 17 enfants qui ont un poids supérieur ou égal au poids du premier, soit 32 %.

3° *L'avenir obstétrical*

La femme qui a mené à bien sa grossesse doit-elle nécessairement avoir recours à une nouvelle intervention ou au contraire peut-elle accoucher spontanément ?

L'ancienne formule « une fois césarienne, toujours césarienne a vécu ».

Mais cependant il est évident que si la femme avait été opérée antérieurement pour une disproportion trop manifeste entre la tête fœtale, et le diamètre de son bassin et que, au cours d'une nouvelle grossesse, cette disproportion existe toujours, il faudra avoir recours à une nouvelle opération. Mais si la césarienne *princeps* a été pratiquée non plus pour des indications absolues, mais pour des indications relatives tenant à la mère ou à l'enfant, telles que : infection amniotique, souffrance fœtale, placenta bas situé, et tumeur prœvia enlevée au cours de la première opération, procidence du cordon, éclampsie, l'accouchement pourra avoir lieu sans aucune intervention. Ajoutons du reste que même en cas de dystocie osseuse, ainsi que les faits l'ont bien démontré, il est parfois possible de voir l'accouchement se terminer par voie basse, soit parce que l'enfant est un peu moins volumineux, soit par suite d'une meilleure adaptation de la tête

foétale, soit parce que lors du premier accouchement les troubles de la dilatation, tout autant que le rétrécissement du neck, soit par suite d'une meilleure adaptation de la tête bassin, avaient imposé l'intervention.

PAQUET l'a dit d'ailleurs « Lorsque la césarienne basse a été pratiquée pour toute autre raison que la disproportion existante entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin il n'y a aucune raison pour ne pas laisser l'accouchement se faire spontanément. »

Nous relevons les statistiques suivantes :

ANDÉRODIAS et BALARD : 4 accouchements spontanés sur 19 grossesses itératives à terme, soit 26,6 %.

PIANEUF : 14 accouchements spontanés, sur 189 grossesses itératives à terme, soit 7,40 %.

REEB : 4 accouchements spontanés, sur 47 grossesses itératives à terme, soit 7,84 %.

HAUCH : 2 accouchements spontanés sur 4 grossesses itératives à terme, soit 50 %.

HAMM : Aucun changement spontané sur 5 grossesses itératives à terme, soit 0 %.

JUNG : 70 accouchements spontanés, sur 135 grossesses itératives à terme, soit 51,8 %.

Nous même, statistique globale y compris celle d'ANDÉRODIAS et BALARD, 12 accouchements par les voies naturelles, sur 52 grossesses itératives à terme, soit 23 %.

Nous avons relevé, en outre, dans la littérature, 40 autres observations d'accouchement spontané. Mais comme les auteurs ne nous ont pas donné le nombre de césarienne itérative qu'ils avaient observé, il nous est impossible d'en tenir compte dans notre statistique.

Quoi qu'il en soit, répétons que le nombre des accouchements par voie basse augmentera dans la mesure où les accoucheurs auront confiance en la valeur de la cicatrice et dans le risque relatif de l'épreuve du travail dans les accouchements consécutifs.

Sur les quatre cas d'accouchements spontanés d'ANDÉRODIAS et BALARD, nous trouvons un seul cas où l'accouchement se produit seul. Sur les dix cas que nous avons relevés dans notre statistique, il y a sept emplois de forceps, soit 70 %.

La délivrance paraît s'être faite d'une façon normale dans tous les cas, ni hémorragie par inertie, ni adhérences spéciales, sauf dans l'observation d'ANDÉRODIAS et BALARD, dans laquelle on note une rétention d'un cotylédon anormalement adhérent sur la cicatrice. On sent toute l'importance d'une telle localisation du placenta qui dans ce lieu de moindre résistance peut être par son action propre une cause favorisant de rupture utérine et, en outre, peut créer un danger de destruction de la paroi au moment de la libération de ce cotylédon si le clivage n'est pas fait très prudemment avec le doigt. C'est un fait isolé qui n'a été suivi d'aucun incident.

On peut citer aussi un cas de septicémie de gravité moyenne qui ne s'est pas reproduit aux accouchements ultérieurs, et une phlébite.

DEUXIÈME PARTIE

**Conduite à tenir lors des grossesses
et des accouchements consécutifs**

I. — GESTATION

Tout d'abord, après une césarienne, le premier devoir de l'accoucheur est de rassurer la malade. Il faut laisser entrevoir à la malade, sous un jour favorable les accouchements ultérieurs « lui donner confiance est le meilleur moyen d'éviter les restrictions volontaires provoquées par des craintes opératoires exagérées ».

Mais cependant il convient de lui signaler tout spécialement les dangers qu'il y aurait à laisser l'accouchement se faire à domicile, surtout sans la surveillance d'un accoucheur de carrière, et à lui *imposer* l'accouchement dans un milieu obstétrico-chirurgical adéquat, où elle pourra être opérée à nouveau en cas d'épreuve négative du travail et surtout en cas de rupture utérine, la guérison dépendant de la précocité de l'intervention. La rareté relative de la rupture n'autorise aucune exception à cette règle, et il est pour le moins curieux de constater que les deux seuls cas de rupture que nous ayons relevés, celui de WETTERWALD et celui de RIVIÈRE et MAHON, se soient justement produits chez des femmes que des médecins praticiens avaient accepté d'accoucher à domicile.

Bien qu'on n'ait pas signalé de rupture de l'utérus avant tout début de travail, il sera prudent de recommander à la malade d'entrer à la maternité, ou en Maison de Santé, les huit derniers jours de la grossesse sans attendre le travail.

La conduite à tenir se résoudra donc dans ce qu'on est convenu d'appeler « l'expectative armée ».

II. — ACCOUCHEMENT

Quelques rares auteurs pensent sur ce point qu'il faut agir comme pour la césarienne classique et CATHALA dit à ce sujet : « Peut-être la cicatrice du segment inférieur est-elle plus solide que celle du corps, mais par contre la rupture est peut-être plus grave par suite de la vessie en avant de la cicatrice à laquelle elle peut adhérer ».

Nous avons démontré que la cicatrice est bien meilleure, que les cas de rupture sont moins fréquents et que alors même qu'il y a rupture le danger paraît moindre.

A l'heure actuelle le problème est envisagé d'une manière différente, et à Bordeaux, en particulier, sauf pour des cas nettement définis on envisage toujours la possibilité d'un accouchement par les voies naturelles pour les bassins limite.

A) *Césarienne princeps pratiquée en dehors : du rétrécissement pelvien*

« Lorsque la césarienne basse a été pratiquée pour toute autre raison que la disproportion existant entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin, il n'y a aucune raison pour ne pas laisser l'accouchement se faire spontanément. » (Piquet.)

Cette opinion est partagée par l'ensemble des auteurs; elle était admise pour la césarienne haute, et ne soulève aucune discussion, nous ne nous attarderons donc pas plus longtemps.

B) *Césarienne princeps pratiquée pour rétrécissement pelvien*

A. — *Indication formelle de césarienne itérative*

On doit toujours opérer lorsqu'il existe une disproportion trop manifeste entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin: l'indication est en général formelle dans les bassins au-dessous de 8 cm. Il faut alors opérer de toute nécessité sans attendre que l'accouchement se fasse par les voies naturelles.

« Il importe, en effet, dit LE LORIER, d'être plus précocement interventionniste qu'avec un utérus normal dans les accouchements ultérieurs, compte tenu de toutes les conditions concernant la contraction, le col, le volume de l'enfant et son orientation. »

Dans ces cas seulement il convient d'opérer d'emblée, sinon on devra toujours tenter l'épreuve du travail même dans les cas de bassins limite.

B. — *Bassin limite*

Avant terme. Dans les bassins limite, tout le monde ne partage pas ces conceptions, et certains sont nettement partisans de l'accompagnement prématuré provoqué.

RHENTER va même plus loin dans cette voie : « Je n'ai jamais admis que même pour les césariennes hautes, la césarienne itérative s'imposât. Je reste, en effet, dans ce cas, partisan éclectique mais nettement partisan de l'accouchement prématuré provoqué ».

Nous ne pouvons partager l'opinion de RHENTER. Au Congrès de Lyon en 1929, il est, en effet resté quelques partisans irréductibles de l'accouchement prématuré provoqué, encore que ces partisans soient devenus beaucoup plus réservés qu'autrefois. Mais l'accouchement prématuré provoqué a justement perdu dans la thérapeutique moderne obstétricale tout le terrain qu'a gagné la césarienne basse.

D'une façon générale l'accouchement prématuré provoqué n'est plus pratiqué que dans de très rares exceptions surtout chez des multiplars chez lesquelles le col a déjà été forcé par un premier accouchement, ce qui n'est pas le cas lorsque la femme a été précédemment césarisée, ou lorsque la disproportion tient au volume de l'enfant plus qu'au rétrécissement pelvien.

Du reste les moyens de provoquer l'accouchement entraînent trop souvent de la contracture pour qu'on puisse, de propos délibéré, utiliser de telles méthodes dans un utérus

césarisé, dans lequel la contracture peut être néfaste et provoquer une rupture.

Cependant, pour la question qui nous intéresse, si quelques accoucheurs expérimentés et prudents comme RHENTER et ceux de l'école lyonnaise croient pouvoir tenter cette opération après une césarienne basse cela montre la confiance qu'ils ont dans la solidité de la cicatrice.

Avec l'école bordelaise nous estimons au contraire que l'on doit laisser la grossesse aller à terme, tenter une épreuve du travail modéré et courir les risques d'une césarienne itérative.

Dans tous cas, comme le dit PAQUET « Si la femme accouche prématurément, ou si des raisons dont la discussion n'a rien à faire ici incitent l'accoucheur à provoquer artificiellement l'accouchement avant qu'il y ait disproportion, on peut espérer un accouchement spontané, la césarienne basse permettant une plus grande liberté d'action que la césarienne corporéale ».

On peut conclure de tout ceci que, même avec un léger rétrécissement, s'il arrive que la femme interrompe sa grossesse, ou si l'accoucheur pour des raisons d'ordre médical décide un accouchement prématuré provoqué chez une femme ayant eu déjà à subir une césarienne supra-symphysaire, on peut envisager avec une grande confiance l'issue de l'accouchement, la cicatrice de l'utérus est assez solide pour supporter le travail.

A Terme. — Il convient d'être aussi optimiste une fois la grossesse à terme, et « sans être taxé d'imprudence dit PAUCOT, on pourra escompter la traversée sous l'influence des contractions utérines, d'une filière osseuse peu spacieuse, alors qu'après une césarienne haute il serait suprêmement dangereux de caresser cet espoir ». « L'épreuve du travail sera tentée quand le bassin n'est pas trop rigoureusement limite, que la présentation est normale quand tout semble s'annoncer favorablement. » (BROUHA.)

Cette épreuve a été tentée pendant des temps différemment longs.

KELLER	18 heures	
REEB	16 heures 45	25 heures
HAUCH	35 heures	
CHÂTILLON	—18 heures	
AUDEBERT	16 heures 30	
LANTUÉJOUL	20 heures	
PHANEUF	19 heures	26 h. 20
LAFON	48 heures	
BALARD	18 heures	
RUENTER	16 heures	

Cette épreuve permet à beaucoup de femmes dont le bassin est rétréci d'accoucher par les voies naturelles, alors que si on avait dû avoir recours à la césarienne haute il eût été nécessaire de réduire considérablement la durée de cette épreuve, ou même de la supprimer, réduisant ainsi à néant les chances pourtant réelles dans nombre de cas d'accoucher par voie basse.

Mais une autre question se pose pour le Médecin.

Doit-il laisser la femme accoucher spontanément, ou doit-il intervenir.

Nombre d'auteurs laissent se faire l'expulsion spontanément comme dans un accouchement normal. Mais ANDERDAS et BALARD ne voient pas l'avantage qu'il y a à imposer à un utérus antérieurement césarisé la fatigue inutile que nécessiterait la traversée du périnée intact. Ils estiment nécessaire de raccourcir la période d'expulsion et de faire d'une façon systématique un forceps prophylactique dès que la dilatation est complète et que la tête engagée aborde le périnée.

Il est bien entendu que dans de tels utérus la version est formellement contre indiquée. On sait en effet les dangers possibles d'une pareille intervention pour le segment inférieur.

À côté de cette ligne de conduite classique signalons l'opinion isolée de certains partisans de l'agrandissement momentané du bassin.

En réponse au référendum provoqué par ANDÉRODIAS et BALARD, ZARATE écrivait que : « Dans les cas où les rétrécissement a commandé l'intervention on peut attendre l'accouchement spontané, en redoublant de prudence, tout en étant préparé pour terminer rapidement l'accouchement par une symphysiotomie partielle. »

Nous ne voulons pas entreprendre une discussion sur le fond même du sujet et remettre en balance les bienfaits de la césarienne basse, et ce qu'est susceptible de donner la symphysiotomie à la ZARATE. Mais il semble paradoxal, si l'épreuve du travail est négative, de tenter une symphysiotomie qui pourra triompher sans doute aisément de la dystocie osseuse mais qui ne nous permet pas de juger des lésions utéro-vésicales, de l'état des adhérences et de celui de la cicatrice susceptible d'être plus ou moins tirillée par l'agrandissement momentané du bassin.

L'existence d'une césarienne antérieure ne peut commander en effet que deux solutions, ou l'accouchement spontané par voie basse avec forceps prophylactique dans l'excavation, comme nous l'avons indiqué, ou une nouvelle césarienne, le ZARATE étant alors illogique et risqué.

C) Césarienne princeps pratiquée pour des indications associées à un léger rétrécissement pelvien

C'est dans cette catégorie de faits, on va le voir, que l'épreuve du travail sera plus fréquemment couronné de succès.

Avec ses nombreux avantages, la césarienne basse en effet, voit de jour en jour s'étendre son domaine. Elle est pratiquée maintenant pour des indications multiples : bassin rétréci, souffrance fœtale, contracture, infection amniotique, troubles de la dilatation dont la réunion chez une même malade impose la détermination opératoire.

Ceci explique que lors d'un second accouchement même dans un bassin rétréci, elle permette de donner naissance par les voies naturelles à des enfants de même poids, ou d'un

poids supérieur à ceux qui avaient été extraits par la césarienne. Car, bien souvent, lors du premier accouchement la césarienne a été pratiquée pour des indications multiples et associées dans lesquelles le rétrécissement pelvien n'aurait pas suffi à lui seul pour imposer la voie haute, mais les troubles de la dilatation avaient le plus souvent ajouté leur effet néfaste et entravé l'engagement. Or à la sconde grossesse les troubles de la dilatation ne se produisant pas, l'engagement arrive à se faire pour un enfant plus volumineux.

Sur 40 césariennes itératives et sur 12 accouchements spontanés, nous avons 17 enfants qui ont un poids égal ou supérieur au poids du premier, soit 32 %.

Sur les 40 cas d'accouchements spontanés relevés dans la littérature il y a 14 enfants d'un poids supérieur ou égal au premier, soit 35 %.

Du reste, ce n'est pas tant le volume de l'enfant qui importe, mais surtout la réductibilité de la tête fœtale, et ce facteur vient encore s'ajouter parfois à l'absence de troubles de la dilatation et faciliter l'accouchement ultérieurement.

L'observation de REEF (observation ...) en est un remarquable exemple.

Des incisions du col pour rigidité de l'orifice utérin, n'ayant pas donné de résultat, on dut extraire par césarienne un enfant de 3 k. 290 qui se présentait par la face avec un bi-pariétal de 10 cm. Ultérieurement, des enfants purent naître par les voies naturelles pesant 3 k. 500 et 3 k. 900 avec un bi-pariétal de 8 cm. et 8 cm. 5.

L'observation de BALARD (observation LXXX) est non moins démonstrative.

La contracture lors du premier accouchement retint la tête au détroit supérieur et ne permit pas d'espérer l'accouchement normal. Ultérieurement un enfant pesant 150 gr. de plus s'engagea sans difficulté malgré le rétrécissement d'un bassin canaliculé.

Le succès de l'épreuve du travail dépend aussi de l'attitude de la tête fœtale, il est bien évident qu'avec un bassin étroit les présentations comme le front ou la face ne peuvent pas traverser la filière osseuse et nécessitent l'intervention. Les femmes opérées pour de tels cas pourront, par la suite, accoucher spontanément si la tête se présente normalement par le sommet.

Inversement au cours de l'épreuve du travail chez une femme ayant déjà subi une césarienne pour disproportion légère entre la tête et le bassin la constatation d'une présentation de la face ou du front imposera d'emblée la voie haute sans poursuivre plus longtemps l'épreuve du travail.

Comme le soulignent ANDÉRODIAS et BALARD, la valeur de la contraction utérine a aussi son importance. La contracture et les troubles de la dilatation si fréquents chez les primipares et qui, isolés ou associés à d'autres indications, motivent assez souvent la césarienne *princeps* ne se produisent pas chez les multipares, aussi peut-on espérer que dans les accouchements subséquents, l'utérus se contractant d'une façon régulière et sans état spasmodique surajouté l'accouchement pourra se terminer spontanément par les voies naturelles.

BALARD a cependant observé deux cas de contracture utérine à répétition au cours d'accouchements successifs qui nécessiterent une césarienne.

Aussi faut-il considérer l'état de contracture de l'utérus lors d'un accouchement consécutif comme une indication formelle à une opération itérative.

Il est compréhensible que les injections d'extrait d'hypophyse sont à déconseiller dans de tels cas. Elles renforcent en effet les contractions utérines et peuvent amener un état de contracture qui, agissant sur un utérus fatigué ou sur une mauvaise cicatrice, peuvent amener des accidents graves de rupture. Dans le cas de rupture signalé par WETTERWALD, une injection de pituitrine avait été faite.

Quelques auteurs enfin n'ont pas hésité lorsque manifestement il n'y a pas de disproportion entre la tête et le bassin et qu'il se manifeste soit de la souffrance fœtale, soit des

troubles de la dilatation, d'associer certaines manœuvres obstétricales à l'extraction du fœtus. C'est ainsi que BALARD dans un cas de cet ordre avec rupture prématurée des membranes col entier et souffrance fœtale par circulaire serré a pu sous rachi-anesthésie dilater le col et faire une application de forceps et extraire un enfant de 3 k. 300 alors que le précédent enfant ne pesait que 3 k. 200. De même HOUELL pour inertie a terminé un accouchement par application de forceps après incision du col et a pu extraire sans difficulté un enfant de 3 k. 200.

Il est bien entendu que ce sont là des manœuvres d'exception qui ne doivent être que très prudemment tentées et que si on est sur qu'il n'y a pas disproportion entre la tête et le bassin.

III. — DELIVRANCE

La délivrance sera particulièrement surveillée et le placenta revu minutieusement en nous méfiant d'une rétention cotylédonaire par adhérence anormale au niveau de la cicatrice comme dans l'observation d'Andérodias et Balard.

En tout cas, nous croyons prudent dans tous les cas de faire *systématiquement* une révision utérine pour vérifier l'état du segment inférieur et dépister une rupture de la cicatrice qui, sans cette précaution, pourrait passer inaperçue et ne se révéler qu'ultérieurement par des signes de péritonite.

IV. — CÉSARIENNE ITERATIVE

Lorsque la césarienne itérative sera pratiquée, elle sera faite selon la technique ordinaire et ne donnera lieu le plus ordinairement à aucun incident.

Les difficultés opératoires surviennent seulement en cas d'adhérences, surtout si la césarienne est répétée pour la troisième ou la quatrième fois.

Section entre deux ligatures des adhérences épiploïques le plus souvent laches.

Libération au doigt des adhérences utéro-pariétales: si elles sont serrées résistantes et intéressent la face antérieure de l'utérus on peut les cliver aux ciseaux.

Le décollement au doigt ou aux ciseaux du péritoine utérin doit être pratiqué prudemment. Le péritoine étant souvent friable et très vascularisé.

Décollement très prudent de la vessie qui souvent est très adhérente et s'effondre facilement sous le doigt.

La péritonisation est le plus ordinairement très aisée, parfois cependant un peu plus difficile, surtout si l'incision remonte haut sur le corps, et si les adhérences étaient importantes. (Obs. XI.)

Une question se pose en terminant. Ce serait sortir du cadre de notre sujet que de la traiter dans toute son ampleur. Elle mériterait à elle seule une longue discussion. Nous ne ferons que l'effleurer.

Convient-il de répéter indéfiniment la césarienne basse, ou bien est-on autorisé à pratiquer la stérilisation par ligature des trompes et quand doit-on la pratiquer ?

Malgré l'inocuité relative de cette opération, il semble prudent de limiter les risques de ces malades et la stérilisation est parfaitement légitime.

Elle doit être pratiquée dans quelques cas dès la première césarienne itérative, lorsque des adhérences trop nombreuses ou des incidents opératoires rendent dangereuse toute nouvelle intervention. Cette décision est entièrement subordonnée à l'opérateur et laissée à son initiative personnelle.

Elle peut en outre être pratiquée très légitimement après la troisième césarienne, même si une nouvelle opération ne paraît pas trop risquée, surtout si la femme a ses trois enfants vivants. Mais dans ce cas la stérilisation ne peut être faite qu'avec le consentement de la femme et du mari.

C'est la ligne de conduite générale que suivent nos Maîtres de l'école bordelaise.

TROISIÈME PARTIE

Pièces Justificatives

1. — Césariennes itératives

(Observations inédites)

OBSERVATION II

Clinique obstétricale 1928 n° 727

M^{me} L. B., I^{re} grossesse en 1924. La malade a un bassin aplati. P. S. P. 10 cm 5.

Application de forceps pour souffrance fœtale après dilatation produite par un ballon. Enfant mort d'une hémorragie méningée 12 heures après.

II^e Grossesse en 1926. Désireuse d'avoir un enfant vivant, la malade entre à l'hôpital. La tête ne s'engageant pas, on décide d'intervenir sans faire l'épreuve du travail (césarienne basse). Extraction d'un enfant de 3 k. 200. Suites normales.

III^e Grossesse en 1928. La malade entre à l'hôpital pour une nouvelle grossesse. La tête ne s'engageant pas et débordant au détroit supérieur, on fait une nouvelle césarienne. La rachi-anesthésie est difficile à faire, on trouve de nombreuses adhérences et une cicatrice visible.

Extraction difficile d'un gros enfant de 4 k. 600.

OBSERVATION III

Clinique Obstétricale 1928 n° 814

M..., primipare, vingt-trois ans. Bassin limite, tête élevée et débordant. On constate une anomalie de la dilatation et on soupçonne une hydrocéphalie qui est reconnue comme inexacte à la radio.

On décide l'intervention sans faire l'épreuve du travail.

Opération césarienne basse classique.

On a des difficultés pour extraire l'enfant qui a deux circulaires autour du cou et un transversal.

La femme est agitée, elle arrache son pansement. Elle fait par la suite un abcès de la paroi et une fistule longue à guérir.

II^e Grossesse en 1928. Le 3 décembre, la tête débord légèrement, la dilatation ne se fait pas. Les contractions sont irrégulières. La

femme est agitée. Après 24 heures le col est effacé mais non dilaté.

On décide d'intervenir. Rachi-anesthésie parfaite. On constate l'intégrité du segment inférieur avec une cicatrice à peine visible et très solide.

Extraction d'un enfant de 3 k. 300.

OBSERVATION IV

Clinique Obstétricale 1929 n° 664

D. L..., I^{re} grossesse bassin rétréci. P. S. P. 10 3/4. On décide d'intervenir avant le début du travail.

Césarienne basse classique. Suites normales.

II^e grossesse 1929. Tête volumineuse et débordante. Au début du travail, les membranes non rompues, on décide d'intervenir.

Rachi-anesthésie. A l'ouverture du ventre il est impossible de retrouver la cicatrice. Très peu d'adhérences. Extraction d'un enfant de 3 k. 150.

OBSERVATION IV

Clinique Obstétricale Boursier 1929 n° 738

M. L... I^{re} grossesse en 1928. Bassin rétréci P. S. P. 10. A l'examen on trouve une procidence du cordon. Césarienne classique.

Extraction d'un enfant de 2 k. 700 qui meurt deux jours après.

II^e Grossesse en 1929. La tête déborde au détroit supérieur, on trouve un dos à droite et un col complètement fermé malgré la perte des eaux faite deux jours avant.

Césarienne basse, sous rachi-anesthésie. Pas d'adhérence, la cicatrice se reconnaît par une ligne blanchâtre nacréée. Enfant 3 k.

On laisse un petit drain sus-pubien qu'on enlève quatre jours après.

OBSERVATION VI

Clinique Obstétricale Boursier 1930 n° 231

M^{me} G... A l'examen on trouve un promontoire à 9 c. 1/2 un sacrum plat, une symphyse basse, un bassin à concavité sacrée peu accentuée.

Césarienne classique. Extraction d'un enfant de 3 k. 100.

Légère suppuration avec décollement sous-cutané se dirigeant en bas et à droite.

II^e grossesse en 1930. Le col restant effacé et la tête débordant fortement au détroit supérieur, on intervient sous rachi-anesthésie.

A l'ouverture du ventre on constate que le segment inférieur est bien constitué mais très mince, la cicatrice de la première incision est nettement visible surtout à la partie supérieure où elle est blanche et nacrée. La vessie est complètement déplacée latéralement à droite, retenue par des adhérences pariétales et épiploïques multiples qu'on sectionne. Le péritoine utérin se décolle difficilement. Extraction facile de la tête. Enfant de 3 k. 080 qui crie rapidement.

Délivrance marquée par l'adhérence des membranes qui ne sont décollées qu'avec difficulté. Utérus revenu sur lui-même, pas d'hémorragies. La péritonisation est difficile par les adhérences du péritoine à proximité de la vessie.

OBSERVATION VII

Clinique Obstétricale Boursier 1930 n° 776

M^{me} S... Césarienne basse en 1928 à Sao-Paulo (Brésil).

II^e grossesse. L'engagement se faisant très mal, les contractions étant irrégulières on décide d'intervenir bien qu'il n'y ait pas disproportion très grande entre la tête et le bassin.

A l'ouverture du ventre on voit un utérus tordu sur son axe, se présentant par son bord gauche, deux épaisses adhérences retiennent la face antérieure de l'utérus au péritoine pariétal.

Après leur section et leur ligature l'utérus ne peut être placé que difficilement en position médiane. Après cela, césarienne classique. Extraction d'un enfant de 3 k. 500.

OBSERVATION VIII

Clinique Obstétricale Boursier 1930 n° 779

I^{re} grossesse en 1927. M^{me} P... Bassin rétréci. Déformation rachitique des fémurs. Césarienne normale sous rachis. Extraction d'un enfant de 4 k.

Suites fébriles avec début de lymphangite utérine.

II^e grossesse en 1930. La malade entre à l'hôpital avant le terme de sa grossesse pour vaginite granuleuse. Le toucher est très douloureux. Badigeonnage au nitrate d'argent. Intervention sans épreuve du travail.

Le ventre ouvert, on trouve des adhérences, laches, entre le péritoine pariétal et viscéral. Après incision du péritoine décollable, on constate une vessie adhérente au segment inférieur qu'on décolle avec difficulté. La cicatrice de la première intervention est très nette. Extraction d'un enfant de 3 k. 800.

OBSERVATION IX

Clinique Obstétricale Boursier 1930 n° 842

I^{re} grossesse en 1928 (M^{me} B...). Bassin canaliculé très rétréci, P. S. P. 10 1/4. Faux promontoire 9 3/4. Epreuve du travail très poussée.

Césarienne classique qui permet d'extraire un enfant de 2 k. 900. Phlébite dans les suites.

II^e grossesse en 1930. La tête débordant considérablement, on décide l'intervention; rachi-anesthésie. Le ventre ouvert on voit des adhérences assez laches, une vessie très élevée qu'on décolle assez facilement.

Le segment inférieur est mince comme une feuille de papier à cigarette. On voit très nettement, à travers, les cheveux du fœtus. Extraction d'un enfant de 3 k. 250.

OBSERVATION X

Clinique Obstétricale Boursier 1931 n° 642

I^{re} grossesse en 1928 (M^{me} L...). Bassin canaliculé et faux promontoires. Procidence du cordon.

On décide d'opérer avant début du travail; Rachi-anesthésie. Césarienne basse normale.

Extraction d'un enfant décédé deux jours après d'une syncope. Suites bonnes.

II^e grossesse, 28 octobre 1929. La tête déborde au détroit supérieur. Intervention avant le début du travail. Césarienne basse sous rachi-anesthésie.

Le ventre ouvert, très peu d'adhérences. Péritoine facilement décollable. Extraction d'un enfant de 3 k. 400.

III^e grossesse, 6 août 1931. Procidence du cordon. Bruits du cœur mauvais.

On décide l'intervention. Laparotomie sous-ombilicale.

Large nappes d'adhérences qui unissent le péritoine utérin au péritoine pariétal. Symphyse presque complète à droite. On libère les adhérences qui saignent abondamment. Incision transversale du péritoine

Extraction facile d'un enfant de 3 k. 300. Hémorragies très abondantes. Il faut éponger à pleines compresses entre chaque point de suture.

Suites bonnes.

OBSERVATION XI

Clinique Obstétricale Boursier n° 822

I^{re} grossesse en 1930. (M^{me} X...). Bassin canaliculé, P. S. P. 10 3/4. Césarienne sous rachi au début du travail. Extraction d'un enfant de 3 k. 300. Suites bonnes.

II^e grossesse en 1931. La tête déborde largement, les bruits du cœur sont mauvais.

Césarienne itérative basse sous rachi-anesthésie.

Le ventre ouvert, très peu d'adhérences. Péritoine facilement décollable. Segment inférieur en bon état. La cicatrice est impossible à repérer.

Extraction d'un enfant de 3 k. 400 Suture typique.

Suites bonnes.

OBSERVATION XII

Clinique Obstétricale Boursier 1931 n° 890

I^{re} grossesse 1930 (Mme X....). Bassin oblique asymétrique. P. S. très facilement accessible à 8 cm, 5, concavité sacrée très rétrécie. Antéversion marquée du bassin.

Après une épreuve du travail assez courte on fait une césarienne basse sous rachi-anesthésie.

Extraction d'un enfant de 3 k. 160. Décédé 1 mois après d'une entérite aiguë. Nourri au lait de vache.

II^e grossesse. Césarienne basse itérative sans épreuve du travail à cause du rétrécissement extrême du bassin.

Laparotomie sous-ombilicale.

Vessie très haute avec adhérences latérales au péritoine pariétal. Pas de trace de cicatrice du segment inférieur.

Extraction facile d'un enfant de 3 k. 080. Vessie fixée à la partie haute. Sutures normales. Suites bonnes.

OBSERVATION XIII

Clinique obstétricale Boursier 1932 n° 410

I^{re} grossesse en 1925 (M^{me} X...). Bassin canaliculé. Promontoire 10 1/2. Accouchement dystocique au forceps.

II^e grossesse en 1928. La malade entre sur les conseils de son médecin à la maternité de Pellegrin. On constate une infection vulvo vaginale importante. En raison de cette infection et de la difficulté de son accouchement antérieur, on décide d'opérer avant le début du travail.

Césarienne basse typique qui permet d'extraire un enfant de 4 k. 140.

III^e grossesse en 1932. La malade s'est plainte pendant la durée de sa grossesse, de violentes douleurs au niveau de sa cicatrice.

A l'incision de la paroi on trouve des adhérences épiploïques qu'on libère facilement.

La cicatrice sur le segment inférieur est à peine visible. Extraction d'un enfant de 3 k. 300.

OBSERVATION XIV

Clinique Obstétricale Boursier 1932 n° 513

M^{me} G... Promontoire facilement accessible, P. S. P. 10 c.; deux faux promontoires. Ligne innommée facilement perceptible.

I^{re} grossesse 1928. Dans le but d'avoir un segment inférieur bien développé et un cbl mieux ouvert on fait faire une épreuve du travail.

Césarienne basse typique sous rachi-anesthésie qui permet d'extraire un enfant de 3 k. 470.

II^e grossesse en 1930. Le bassin étant trop petit on ne peut espérer un accouchement normal.

Echec de la rachi-anesthésie. Anesthésie à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale.

Le ventre ouvert on trouve des adhérences pariétales multiples. La cicatrice sur le segment inférieur est assez accessible. Extraction d'un enfant de 3 k. 040. Délivrance sans incident. Légère hémorragie utérine après la délivrance, rapidement arrêtée par la suture du segment inférieur. Opération allongée par la section de plusieurs adhérences pariétales que l'on pratique et au cours de laquelle on sectionne le ligament rond. Suites bonnes.

III^e grossesse en 1932. Laparotomie sous-ombilicale. Incision de l'utérus depuis le cul-de-sac utérin et qui remonte sur le corps. Extraction d'un enfant de 3 k. Suture habituelle.

Stérilisation par la section des deux trompes entre deux ligatures. Suites bonnes.

OBSERVATION XV

Clinique Obstétricale Boursier 1932 n° 612

I^{re} grossesse en 1929. Accouchement par césarienne basse pour bassin canaliculé. P. S. P. 10 c. 1/2 et deux faux promontoires. Rachi-anesthésie. Aucune difficulté pour extraire l'enfant. Péritonisation parfaite. Suture de la paroi en trois plans. Suites fébriles. Absès de la paroi qui suppure pendant une dizaine de jours.

II^e grossesse en 1932. La malade vient consulter à l'hôpital au huitième mois de sa grossesse pour une éventration qui s'est produite vers le sixième mois. Cette éventration est très importante. La tête fœtale passe à travers les muscles grands droits. On la sent presque directement sous la peau. Le Professeur Andérodias qui l'avait examinée décide d'opérer avant le début du travail.

Opération faite sous rachi-anesthésie. Excision de la paroi et de la cicatrice en « tranche de melon ».

Le ventre ouvert, on trouve très peu d'adhérences, un péritoine en parfait état. Pas de trace de cicatrice sur le segment inférieur. La péritonisation est faite d'une manière très exacte.

Cure de l'éventration.

OBSERVATION XVI

Maternité de Pellegrin 1931 n° 582

I^{re} grossesse, à vingt-cinq ans. Accouchement normal à terme d'un enfant pesant 3 k.

II^e grossesse à vingt-sept ans. Accouchement terminé par version par manœuvres internes après échec du forceps au détroit supérieur. Enfant très bien portant.

III^e grossesse. Une tête énorme déborde au détroit supérieur. Césarienne basse sous rachi-anesthésie. Extraction d'un enfant de 4 k. 800.

IV^e grossesse en 1931. On fait l'épreuve du travail qui dure pendant 24 heures. Rupture artificielle de la poche des eaux. Tête en voie de déflexion : la fontanelle antérieure est au centre de l'excavation. La tête ne paraît pas vouloir s'engager. Césarienne itérative sous rachi-anesthésie. On ne trouve ni adhérences ni cicatrice sur le segment inférieur. Extraction d'un enfant de 3 k. 200.

OBSERVATION XVII

Maternité de Pellegrin 1932 n° 707

I^{re} grossesse. Luxation double de la hanche. Sans attendre l'épreuve du travail. Laparotomie sous-ombilicale. On ne trouve ni adhérences ni cicatrice. Extraction d'un enfant de 3 k. 450.

Suites normales.

II^e grossesse en 1932. Césarienne itérative. Sans attendre l'épreuve du travail. Laparotomie sous-ombilicale. On ne trouve ni adhérences ni cicatrice. Extraction d'un enfant de 3 k. 450. Suites normales.

OBSERVATION XVIII

Maternité de Pellegrin 1932 n° 711

I^{re} grossesse. Bassin rétréci P. S. P. 10 1/4. Sans faire l'épreuve du travail on fait une césarienne basse normale qui permet d'extraire un enfant de 3 k., décédé vingt jours après.

II^e grossesse. Epreuve du travail négative. La dilatation ne se fait pas. On ne peut faire la rachi-anesthésie. Anesthésie complète à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale. On trouve de nombreuses adhérences et une cicatrice à peine visible. Hémorragie très abondante. Sérûm, sous-cutané et goutte à goutte rectal.

Enfant de 3 k. 400.

OBSERVATION XIX

Maternité de Pellegrin 1932 n° 47

I^{re} grossesse. Bassin rétréci, P. S. P. 10 3/4. Epreuve du travail assez poussée. Les contractions étant irrégulières et les bruits du cœur du fœtus assez mauvais on décide de faire une césarienne basse. Opération typique.

II^e grossesse 1932. La tête déborde au détroit supérieur. Proci-
dence du cordon.

Césarienne avant le début du travail.

Le ventre ouvert. Pas d'adhérences. Pas de trace de la cicatrice. Péritonisation très exacte.

OBSERVATION XX

Maternité de Pellegrin 1932 n° 333

I^{re} grossesse en 1928. Bassin rétréci P. S. P. accessible au loin à 10 c. La tête déborde. On ne fait pas l'épreuve du travail, rachi-anesthésie. A l'ouverture de l'utérus une grande quantité de liquide amniotique s'écoule dans la cavité péritonéale. Extraction facile d'un enfant de 3 k. 700. Suture ordinaire.

II^e grossesse. Intervention avant le début du travail. Le lambeau supérieur se décolle difficilement, l'incision doit empiéter sur le corps. Légère hémorragie. Extraction d'un enfant de 2 k. 700.

III^e grossesse en 1932. Intervention avant tout début de travail. On trouve de nombreuses adhérences. Extraction d'un enfant de 2 k. 600. Ligatures des trompes.

OBSERVATION XXI

Maternité de Pellegrin 1932 n° 610

I^{re} grossesse. Application de forceps qui permet d'extraire un garçon mort-né.

II^e grossesse. Bassin canaliculé. Avant l'épreuve du travail on fait une césarienne basse sous rachi-anesthésie qui permet d'extraire un enfant de 2 k. 850.

III^e grossesse. La tête débordant; césarienne basse avant le début du travail. Extraction d'un enfant de 3 k. 200.

IV^e grossesse. Césarienne itérative. Laparotomie sous-ombilicale; adhérences multiples, décollement de la vessie très difficile. En plein tissu de cicatrice on rompt la vessie. Suture en deux plans. Ligature des trompes. Suites normales.

OBSERVATION XXII

Maternité de Pellegrin 1932 n° 614

I^{re} grossesse. Bassin généralement rétréci canaliculé. Césarienne avant le début du travail, qui permet d'extraire un enfant de 3 k. 100.

II^e grossesse. La tête débordant fortement au dessus du segment inférieur on décide de faire la césarienne basse. Utérus normal sans trace de cicatrice. Péritonisation typique. Enfant de 2 k. 900.

Suites normales.

OBSERVATIONS XXIII A XXXVII

A ces observations de césarienne itérative provenant des services hospitaliers bordelais, il convient d'ajouter les 15 observations de césarienne itérative relevées dans le service de la Maternité jusqu'au 31 juillet 1931, et dont il est fait état dans le mémoire d'Andérodias et Balard.

Nous avons du reste compris des 15 observations dans notre statistique pour englober l'ensemble des cas relevés dans les maternités bordelaises jusqu'à ce jour, en spécifiant nettement dans le calcul des pourcentages, quand ces 15 cas étaient rapportés à part, qu'il convenait de les défalquer de notre statistique personnelle.

Cependant nous n'avons pas cru utile de publier en détail ces observations et nous nous sommes contenté de faire état des constatations relevées en bloc par Andérodias et Balard.

II. — Accouchements par les voies naturelles après césarienne basse.

OBSERVATION XXXVIII

LE LORIER (*in* ANDÉRODIAS et BALARD)

Journal de Médecine de Bordeaux 20-30 sept 1931

I^{re} grossesse. Césarienne basse d'emblée pour kyste prævia. Suites opératoires normales.

II^e grossesse. Durée du travail 5 heures qui permet un accouchement spontané. Enfant 3 k. 370. Suites normales.

OBSERVATION XXXIX

LE LORIER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne basse d'emblée pour gros enfant de 4 k. 750. Paroi et cicatrice parfaites.

II^e grossesse. Engagement une heure après rupture tempestive des membranes, qui permet l'accouchement spontané. L'expulsion dure 0 h. 20. Enfant 3 k. 600. Suites bonnes.

OBSERVATION XXXX

KELLER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne basse d'emblée pour bassinrétréci; conjugué vrai 8 c. Enfant 3 k. 300. Suites normales.

II^e grossesse. Dilatation 3 h. 40. Accouchement spontané. L'expulsion dure 0 h. 20. Enfant 3 k. 300. Suites normales.

OBSERVATION XXXXI

KELLER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Bassin rétréci, conjugué vrai 8 h. 5. Opération d'emblée. Suites normales.

II^e grossesse. Dilatation dure 15 heures. Accouchement spontané. Expulsion 0 h. 30. Enfant 2 k. 800. Suites normales.

OBSERVATION XXXXII

KELLER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Etat de contracture du col. Opération d'emblée. Enfant 3 k. 500.

II^e grossesse. Accouchement spontané pendant le trajet à la maternité. Enfant 3 k. 100. Suites normales.

OBSERVATION XXXXIII

KELLER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Spasme de l'orifice externe. Opération d'emblée. Enfant 3 k. 500. Suites normales.

II^e grossesse. La dilatation dure 6 h. 30. L'expulsion 1 h. 05. Enfant 2 k. 700. Suites normales.

OBSERVATION XXXXIV

KELLER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Rigidité absolue du col. Incision du col. Hémorragie. Césarienne d'urgence. Enfant 3 k. 950. Suites normales.

II^e grossesse. Période de dilatation 36 h. 30. Expulsion 2 h. 10. Enfant 3 k. 500. Suites normales.

OBSERVATION XXXXV

BUE et PALLIER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Kyste prævia. Césarienne d'emblée. Suites normales.

II^e grossesse. Durée du travail 8 heures. Forceps prophylactique. Enfant 3 k. 900. Suites normales.

OBSERVATION XXXXVI

GROSSE, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Cinq jours de travail, 32 heures après la rupture des membranes. Césarienne d'emblée. Enfant 3 k. 880. très ossifié.

II^e grossesse. Durée du travail 5 heures. Engagement et expulsion fontanelles des plus larges. Suites normales.

OBSERVATION XXXXVII

LÉVY-SOLAL, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Contracture utérine. Césarienne basse d'emblée. Suites fébriles. Elimination de fils. Phlébite.

II^e grossesse. Enfant de 4 k.

OBSERVATION XXXXVIII

REEB, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Accouchement par césarienne basse en 1925. Bassin rétréci conjugué vrai 9. Travail 16 heures. Enfant 3 k. 150. Bipariétal 10.

II^e grossesse. Durée du travail 14 h. 30. L'enfant se présente en gauche antérieure. Accouchement spontané. Bipariétal 8 cm. Enfant de 3 k.

III^e grossesse. Durée du travail 4 h. 15. L'enfant se présente en gauche antérieure. Accouchement spontané. Bipariétal 8 cm. 1/2. Enfant de 3 k.

IV^e grossesse. Durée de l'accouchement 6 heures. Enfant en gauche antérieure. Accouchement spontané. Bipariétal 8 c. Enfant 3 k.

OBSERVATION IL

REEB, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne basse en 1927 pour bassin conjugué vrai 9. Présentation par la face. Rigidité du col. Travail 20 heures. Incision du col, puis césarienne basse d'emblée. Bipariétal 10. Enfant 2 k. 290. Suites bonnes.

II^e grossesse. Enfant en droite antérieure. Epreuve du travail 10 heures. Hypophyse. Enfant 3 k. 500. Bipariétal 8.

III^e grossesse. Enfant en droite antérieure. Epreuve du travail 10 h. 45. Accouchement spontané. Enfant 3 k. 900. Tête molle. Bipariétal 8.

OBSERVATION L

REEB, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne basse en 1927 pour un front. Durée du travail 9 heures. Enfant de 4 k. 900. Bipariétal 9. Suites normales.

II^e grossesse. Epreuve du travail 11 h. 45. Enfant 7 k. 700. Suites normales.

OBSERVATION LI

REEB, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne basse en 1929 pour un front. Durée du travail 14 heures. Enfant de 3 k. 900. Bipariétal 9,5.

II^e grossesse. Epreuve du travail 25 heures. Accouchement normal. Enfant 3 k. 760. Bipariétal 9.

OBSERVATION LII

HAUCH, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée pour bassin rétréci. Enfant de 3 k. 450.

II^e grossesse. Epreuve du travail 12 h. 10. Grossesse gémellaire. Extraction du siège pour l'un et version pour l'autre. Enfants de 3 k. et 3 k. 100. Suites normales.

OBSERVATION LIII

HAUCH, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse pour placenta prævia central. Césarienne d'emblée. Suites normales.

II^e grossesse. Epreuve du travail 35 heures. Accouchement spontané. Enfant 3 k. 850.

OBSERVATION LIV

CATHALA, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Opération césarienne d'emblée pour promontoire à 9 1/2. Grossesse gémellaire 2 k. 700 et 2 k. 300.

II^e grossesse. Durée du travail 8 heures. Accouchement spontané. Enfant 3 k. 850.

OBSERVATION LV

FRUHHINSHOLZ, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Bassin juxto-minor. Souffrance fœtale. Césarienne basse d'emblée.

II^e grossesse. Epreuve du travail 2 heures. Forceps à grande palette dans l'excavation. Enfant 3 k. 100. Délivrance artificielle. Intégrité du segment inférieur.

OBSERBATION LVI

RHENTER, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée pour bassin rétréci. Promontoire 9 cm. Suites normales.

II^e grossesse. Epreuve du travail 19 heures. Forceps élevé pour extraire un enfant de 3 k. 350. Suites normales.

OBSERVATION LVII

PAUCOT, *Journal de Médecine de Bordeaux*

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée pour bassin limité. Extraction d'un enfant de 3 k. 700. Suites normales.

II^e grossesse. Durée du travail 8 heures. Accouchement spontané d'un enfant de 2 k. 900. Suites normales.

OBSERVATION LVIII

PAUCOT (Obs. 3. Thèse de GELLÉ)

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée pour bassin rétréci. Promontoire 10,5. Extraction d'un enfant de 4 k. 050. Infection utérine.

II^e grossesse. Engagement après 12 heures de travail. Forceps facile. Extraction d'un enfant de 3 k. 780. Suites normales.

OBSERVATION LIX

CHATILLON (*Revue française gyn. et obs.*, octobre 1924)

I^{re} et II^e grossesse. La malade a subi deux césariennes basses pour bassin rétréci (8 1/4). Suites normales.

II^e grossesse. Dilatation 4 h. 50. Crise d'éclampsie. Accouchement spontané. Expulsion (0 h. 15) d'un enfant de 2 k. 700. Suites normales.

OBSERVATION LX

CHATILLON (*Revue française gyn. et obs.*, mars 1930)

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée pour placenta praevia. Enfant de 3 k. 100. Suites normales.

La femme après cela a fait deux avortements consécutifs.

II^e grossesse. Dilatation 15 h. 20. Accouchement spontané. L'expulsion a duré 2 h. 50. Enfant 3 k. 200. Suites normales.

OBSERVATION LXI

FLEURENT (*Bulletin Société obs. et gyn.* 1925)

I^{re} grossesse. Césarienne basse d'emblée pour crise d'éclampsie. Suites normales.

II^e grossesse. Dilatation 6 heures. Accouchement spontané d'un enfant de 3 k. Suites normales.

OBSERVATION LXII

AUDEBERT et ESTIENNY (*Bulletin Soc. obs. et gyn.*)

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée. Incision transversale pour bassin rétréci. Enfant 2 k. 800.

II^e grossesse. Durée du travail 16 h. 30. Dégagement spontané par le siège d'un enfant de 2 k. 070 qui meurt par la suite.

La malade étant en état de shock on fait une laparotomie exploratrice qui montre un segment inférieur intact.

OBSERVATION LXIII

LANTUÉJOUL (*Gyn. et obs.* 1926)

I^{re} grossesse. 11 heures après la rupture des membranes. Epreuve négative du travail 24 heures. Césarienne d'emblée pour bassin rétréci. Enfant 3 k. 060.

II^e grossesse. Epreuve du travail 20 heures. Forceps prophylactique sur le périnée. Enfant 2 k. 830. Suites normales.

OBSERVATION LXIV

PHANEUF (*Revue française gyn. et obst.* 1927)

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée pour placenta prævia qui permet d'extraire deux enfants (1 k. 875 et 1 k. 818). Suites normales.

II^e grossesse. Epreuve du travail 4 h. 46. Accouchement spontané d'un enfant de 3 k. 357. Suites normales.

III^e grossesse. Epreuve du travail 19 heures. Accouchement spontané d'un enfant 3 k. 636. Suites normales.

IV^e grossesse. Epreuve du travail 11 heures. Accouchement spontané d'un enfant de 4 k. 233. Suites normales.

OBSERVATION LXV

PHANEUF (*Revue française gyn. et obst.*, 1927)

I^{re} grossesse. Césarienne d'emblée pour hématome retro placentaire. Enfant de 3 k. 295. Dilatation aiguë de l'estomac dans les suites.

II^e grossesse. Epreuve du travail 12 heures. Accouchement spontané d'un enfant de 4 k. 232. Suites normales.

III^e grossesse. Epreuve du travail 20 h. 20. Accouchement spontané d'un enfant de 3 k. 835. Suites normales.

OBSERVATION LXVI

BALARD (*Bulletin Société obst. et gyn.*, 1931)

I^{re} grossesse. Césarienne basse d'emblée pour rupture prématurée des membranes, col entier. Souffrance fœtale et circulaires. Enfant 3 k. 200. Suites normales.

II^e grossesse. Durée du travail 12 heures. Souffrance fœtale grave. Rachi-anesthésie. Forceps. Enfant 3 k. 300. Suites normales.

OBSERVATION LXVII

BALARD (*Bulletin Société obst. et gyn.*, 1931)

I^{re} grossesse. Césarienne basse d'emblée pour crises d'éclampsie. Suites normales.

II^e grossesse. Durée du travail 7 h. 50. Forceps prophylactique qui permet d'extraire un enfant de 3 k. 420. Septicémie de gravité moyenne.

III^e grossesse. Durée du travail 6 h. 30. Accouchement spontané d'un enfant de 2 k. 950.

OBSERVATION LXVIII

BALARD (*Bulletin Société obst. et gyn.*, 1931)

I^{re} grossesse. Césarienne basse pour inertie utérine avec bassin rétréci. Enfant 3 k. 280.

II^e grossesse. Tête engagée dès le début du travail. Dilatation 18 h. Forceps prophylactique. Enfant 3 k. Hémorragie de la délivrance.

OBSERVATION LXIX

HOUEL (Alger), *in* thèse ALBOU

I^{re} grossesse. Césarienne basse pour bassin rétréci.

II^e grossesse. — On a l'impression que la tête pourrait passer en l'aidant un peu. On fait une incision sur la lèvre antérieure du col et une prise de forceps, qui donne naissance à un enfant qui crie aussitôt. Suites normales.

OBSERVATION LXX

HANRIOT (*in* thèse ALBOU)

I^{re} grossesse. Césarienne basse d'emblée. Le septième jour la malade est atteinte d'accidents fébriles. On trouve dans les lochies puriformes un fragment de muscle sphacélé, contenant plusieurs nœuds de catgut et le toucher révèle une masse dure du volume d'une noix dans le Douglas.

II^e grossesse. Durée du travail 12 h. 30. Expulsion 0 h. 30. Accouchement spontané. Suites normales.

OBSERVATION LXXI

ANDÉRODIAS (*Bulletin Société gyn. et obst.* 1930)

I^{re} grossesse. Le 19 janvier 1927, je faisais une césarienne basse chez une femme pour un rétrécissement pelvien. P. S. P. 10. P. P. Min. 8 1/2, 8 3/4. L'enfant était volumineux et la tête débordait le pubis. J'essayais malgré tout l'épreuve du travail, mais je dus intervenir précocement, parceque la dilatation restait stationnaire. L'enfant pesait 3 k.960. Les suites opératoires furent normales.

Cette femme revint me trouver au mois de mars de cette année, de nouveau enceinte. Ses dernières règles remontaient au 18-20 août 1929. Elle devait donc accoucher fin mai. Je la surveillai pendant le dernier mois de sa grossesse, et il me semblait que la tête fœtale, peut-être moins volumineuse que la précédente s'adaptait mieux au détroit supérieur. Je fis donc entrer la gestante à la maison de santé et décidai de tenter avec prudence, et sous surveillance attentive, une nouvelle épreuve du travail. L'accouchement commença le 22 mai. La dilatation se fit en quelques heures et jusque là, la tête mobile fit sa descente dans l'excavation. Je terminai par une application de forceps au D. I. pour éviter les efforts de l'expulsion. L'enfant pèse près de 3 k. 500 soit environ 500 gr. de moins que le premier.

OBSERVATION LXXII

Observation inédite due à MM. les Professeurs RIVIÈRE et BOURSIER

M^{me} Z..., 27 ans. A l'examen, on ne rencontre aucun obstacle pelvien. Entrée en travail le 4 octobre 1930. Les douleurs très vives et régulières se poursuivent pendant 36 heures, sans entraîner ni effacement ni dilatation. La tête fœtale reste très élevée. Les bruits du cœur commencent à devenir irréguliers.

Opération césarienne basse après 36 heures de travail sous anesthésie à l'éther après échec de la rachi-anesthésie.

L'enfant extrait vivant, meurt brusquement 8 heures après sa naissance.

Suites opératoires absolument apyrétiques.

II^e grossesse. Dernières règles 27-28 novembre 1930. Grossesse sans incident notable. Accouchement le 9 septembre. Dilatation spontanée un peu lente. Forceps à la partie haute de l'excavation. Enfant vivant de 3 k. 650.

Rien à signaler au point de vue de la cicatrice qui est résistante.

OBSERVATION LXXIII (inédite)

Clinique obstétricale Boursier 1931 n° 135

M^{me} L..., 19 ans. Femme de petite taille présentant des déformations rachitiques (parenthèse des fémus). Promontoire accessible à 10 cm 3/4. Bassin généralement rétréci. La poche des eaux est volumineuse. Après sa rupture et les efforts de la malade la tête ne s'engage pas. On fait une césarienne sans rachi-anesthésie. Extraction de la tête facile. Enfant de 3 k. 160. Placenta 550 gr: Suites de couches mauvaises. Complications pulmonaires à forme pneumonique.

II^e grossesse. Entrée à l'hôpital à 8 mois 1/2 parce qu'elle souffre des reins et se sent fébrile.

On provoque une douleur à la pression dans l'angle costo-vertébral droit ainsi que les points urétéraux droit de Bazy, para-ombilical, pelvien.

Les urines sont troubles et laissent un dépôt purulent. Forte réaction leucocytaire à polynucléaires et colibacilles abondants. La température montre à 40°3, et à ce moment-là, le travail se déclenche; la tête est mobile au détroit supérieur. On rompt facilement les membranes à dilatation complète. Il s'écoule du liquide teinté de méconium; très rapidement la tête s'engage, on laisse pousser la malade et on termine par un forceps en gauche transversale à la partie moyenne de l'excavation. On extrait un fœtus de 3 k. 400, après petite épisiotomie. Les troubles de colibacillose rentrent dans l'ordre après l'accouchement.

OBSERVATION INEDITE LXXIV

Clinique Obstétricale Boursier 1931 n° 901

I^{re} grossesse en 1930. La malade présente un bassin canaliculé. P. S. P. 10 cm. et une présentation de l'épaule irréductible. La version par manœuvres externes ayant échoué, on décide d'opérer sans faire l'épreuve du travail.

Opération césarienne basse classique sous rachi-anesthésie. Extraction d'un enfant de 3 k. qui crie aussitôt.

II^e grossesse en 1932. La malade entre à l'hôpital le 7 juillet où l'on constate une tête dans la fosse iliaque gauche. Le 8 juillet, la tête s'engage.

Le 9 juillet, la dilatation se faisant bien on rompt la poche des eaux, on fait l'épreuve du travail pendant 10 heures, au bout desquelles la malade accouche spontanément d'un enfant de 2 k. 700. Suites normales.

OBSERVATION INEDITE LXXV

Clinique Obstétricale Boursier 1932 n° 530

I^{re} grossesse en 1928. Bassin canaliculé. La tête ne s'engage pas et déborde au détroit supérieur. On décide l'intervention. Opération césarienne basse. Extraction facile d'un enfant de 3 k. 050.

II^e grossesse en 1931. La femme entre à l'hôpital pour une nouvelle grossesse. A l'examen on trouve une tête qui s'engage. On fait l'épreuve du travail. Les contractions utérines étant bonnes, la dilatation se fait régulièrement. Une demi-heure avant la période d'expulsion on décide d'intervenir par une application de forceps pour ne pas trop laisser pousser la malade.

Forceps très facile dans l'excavation en O. I. G. A. presque transverse. Extraction d'un enfant de 3 k. Suites bonnes.

OBSERVATION INEDITE LXXVI

Maternité Pellegrin, année 1932 n° 227

I^{re} grossesse à 16 ans en 1929. Bassin canaliculé. Avant l'épreuve du travail on fait une césarienne basse sous rachi-anesthésie qui permet d'extraire un enfant de 3 k. 300. Suites de couches physiologiques.

II^e grossesse en 1932 à 19 ans. Au moment de l'accouchement la tête déborde légèrement. On laisse la malade entrer en travail. Sous l'influence de contractions bonnes et régulières la dilatation se fait et la tête s'engage. Accouchement spontané d'un enfant de 3 k. 230. Suites de couches normales.

OBSERVATION LXXVII (*inédite*)

Maternité de Pellegrin (octobre 1932)
Suite de l'observation de Balard LXXVII)

I^{re} grossesse (M^{me} T...), Césarienne basse pour éclampsie. Deux grossesses consécutives. Accouchement par les voies naturelles.

II^e grossesse en octobre 1932. Durée du travail 13 h. 20. Forceps à dilatation complète qui permet d'extraire un enfant de 3 k. 080.

OBSERVATION INEDITE LXXVIII

ANDÉRODIAS et BALARD

I^{re} grossesse (M^{me} X..., 32 ans), Accouchement normal. Enfant de 3 k. environ.

II^e grossesse. Septembre 1930. A 7 mois de grossesse hémorragie très importante due à un placenta prævia central. Enfant mort. Césarienne basse dans l'intérêt de la mère. Suites normales.

III^e grossesse. Juin 1932. Grossesse à terme. Travail 12 heures. Forceps prophylactique à dilatation complète. Enfant de 3 k. 200. Délivrance dans les délais normaux mais s'accompagnant d'une quantité de sang dépassant la normale. Résistance au moment des manœuvres habituelles qui témoignent d'une adhérence partielle. L'examen du placenta montre qu'il y a rétention d'un cotylédon. Revision utérine immédiate. On trouve effectivement un cotylédon à la partie antérieure du segment inférieur, juste au niveau de la cicatrice ancienne, que l'on sent légèrement déprimée. Ablation aisée d'un coup de doigt.

OBSERVATION INEDITE LXXIX

Maternité de Pellegrin

M^{me} B... En 1929, Césarienne basse à la Maternité pour rétrécissement modéré du bassin et troubles de la dilatation. Opération typique. Enfant de 3 k. 300. Suites normales.

En juin 1932. Accouche chez elle à domicile. Travail 8 heures. Forceps à dilatation complète. Enfant de 3 k. 250 environ. Suites normales.

OBSERVATION INEDITE LXXX

BALARD. — *Maternité de Pellegrin* (décembre 1932)

I^{re} grossesse, En janvier 1931 la malade est amenée à la Maternité par son médecin qui l'a surveillée pendant la grossesse et au début du travail. Œuf ouvert depuis 4 jours sans élévation de tem-

pérature. Les premières contractions utérines ont eu lieu la veille de l'entrée. A son arrivée, tête non engagée, dilatation de 5 cm., bords du col souple, temp. 37°5, dilatation stationnaire depuis plusieurs heures. Degré assez accusé de contracture utérine. L'examen du bassin montre que ce dernier est rétréci. Faux promontoire sacré assez saillant. Césarienne basse pratiquée d'emblée sans incident opératoire. Enfant de 3 k. 300 qui crie aussitôt.

II^e grossesse. La malade redevient enceinte dès le courant de 1932. Elle entre à la Maternité le 9 décembre à 8 heures du matin. Poche des eaux rompue, fœtus moyen volume, bruits du cœur bons, pas de température, col en voie d'effacement, tête en G. T. au dessus du détroit supérieur, peu de contractions.

Vers 14 heures, les contractions deviennent plus fortes et le travail se poursuit rapidement. A 16 heures, comme la malade se plaint de sa cicatrice 1 cc morphine; la tête s'engage en marquant un temps d'arrêt au niveau des faux promontoires. A 19 h. ébauche de contracture, dilatation de gande palmaire, tête à deux doigts du plancher. On décide d'intervenir : morphine, anesthésie poussée; dilatation facilement complétée; forceps simple en G. T. Enfant de 3 k. 480. Délivrance artificielle pour révision utérine. Légère déchirure du col à gauche, ne dépassant pas la normale; segment inférieur très développé sans la moindre trace de cicatrice sur la paroi antérieure.

CONCLUSIONS

VALEUR ANATOMIQUE ET FONCTIONNELLE DE L'UTERUS APRES CÉSARIENNE BASSE

Les suites éloignées de la césarienne basse confirment les accoucheurs dans la confiance qu'ils ont mise dans cette opération.

1° La cicatrice du segment inférieur est de très bonne qualité, le plus souvent même (dans 50 % des cas) elle disparaît complètement faisant place à une régénération absolue des fibres musculaires. Elle est parfois fibreuse et ce n'est que très exceptionnellement qu'elle est d'une minceur extrême.

2° Les adhérences du péritoine vésico-utérin sont le plus ordinairement quasi-nulles (dans environ 80 % des cas) dans 19 % des cas, elles sont serrées, donnant pendant le décollement un suintement en nappe gênant mais qui permet encore une césarienne basse itérative. Ce n'est que très exceptionnellement que la césarienne haute doit être employée.

3° Les risques de rupture sont beaucoup moins grands que dans la césarienne haute (0,43 % contre 3 à 4 % environ). La rupture paraît en outre singulièrement moins grave pour la mère (20 % contre 32 % dans la césarienne haute).

4° La césarienne basse permet donc de tenter une épreuve du travail longue et décisive et d'obtenir souvent dans les dystocies pelviennes de gravité moyenne un accouchement spontané là où autrefois après la césarienne haute on aurait été obligé d'intervenir avant tout début de travail.

CONDUITE A TENIR DANS LES GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS CONSECUTIFS

1° Le problème qui se pose et qui exige une expérience obstétricale consommée n'autorise pas un praticien non spécialisé à se charger à domicile de l'accouchement consécutif à une césarienne basse. L'accouchement devra toujours être effectué sous la surveillance de l'accoucheur de carrière et dans un milieu obstétrico-chirurgical adéquat pour pouvoir opérer en cas d'échec de l'épreuve du travail et parer aux risques de rupture si elle venait à se produire.

2° L'accouchement par voie basse doit toujours être tenté et il sera le plus ordinairement suivi de succès lorsque la césarienne basse aura été pratiquée pour toute autre cause qu'une dystocie permanente (telle que éclampsie, placenta praevia, procidence du cordon, tumeur praevia enlevée à la première opération, contracture utérine, etc...)

3° Dans les cas de bassin limite la voie basse sera utilisée si l'accouchement se produit avant terme d'une façon spontanée ou s'il a été provoqué pour une raison d'ordre médical.

4° A terme, dans les bassins-limites, on tentera toujours l'épreuve du travail à moins qu'un examen ne démontre, dès le début, d'une façon péremptoire, que l'accouchement est radicalement impossible.

L'épreuve du travail sera couronnée de succès si l'enfant est moins gros, si la tête est plus malléable, si elle est mieux orientée (sommet pour un deuxième accouchement au lieu d'un front ou d'une face lors du premier), si les troubles de la dilatation, l'infection amniotique ou la contracture (facteurs si souvent associés au rétrécissement pelvien lors d'un premier accouchement) font heureusement défaut au second.

Cependant, on sera systématiquement plus volontiers interventionniste que si l'utérus n'avait pas été antérieurement césarisé.

5° Un forceps prophylactique sera pratiqué sur la tête engagée, dès la dilatation complète, pour éviter à la femme des efforts inutiles d'expulsion.

Vu bon à imprimer :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

Vu : *Le Président,*

ANDÉRODIAS

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 décembre 1932,

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ALBOU. — L'Avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne supra-symphysaire. *Thèse d'Alger*, 1932.

ALVAREZ. — Les césariennes basses à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière 1923 à 1929. *Thèse de Paris* 1932.

ANDÉRODIAS. — De l'utilité de l'aspiration électrique au cours de la césarienne basse. *Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux* 1927.

ANDÉRODIAS. — La césarienne basse à Bordeaux in *Thèse de Paasche Bordeaux* 1927.

ANDÉRODIAS. — L'opération césarienne basse. Ses indications, ses résultats d'après 32 opérations personnelles. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, Avril 1928.

ANDÉRODIAS et BALARD. — L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. *Journal de Médecine de Bordeaux*, Septembr 1931.

ANDÉRODIAS-BALARD-MAHON. — Les signes de vitalité de l'enfant et la limite de l'épreuve du travail. *Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris* 1928, Page 247.

BALARD. — Sur trois cas de césarienne supra-symphysaire. *Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris* 1923, Page 540.

BALARD. — De la nécessité absolue d'utiliser systématiquement la césarienne basse en dehors des cas rigoureusement purs. *Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris* 1927, Page 115.

BALARD. — Deux observations de césarienne basse pour utérus double. *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* 6 mars 1927.

BALARD. — Notre expérience personnelle de la césarienne basse d'après 25 observations. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* 15 avril 1928.

BALARD. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique du placenta prævia; étude clinique d'après 48 observations en série continue. *Revue française de gyn. et obst.* Février 1930.

BALARD. — Réponse à une enquête sur les avantages et les inconvénients de la césarienne basse vis-à-vis de la césarienne classique. *La Vie Médicale* 25 avril 1930.

BALARD. — Deux observations de contracture utérine à répétition au cours d'accouchements successifs traités avec succès par la césarienne basse lors de la seconde grossesse. *Soc. obst. et gyn. de Bordeaux* 18 novembre.

BALARD. — Notre expérience personnelle sur la césarienne basse, d'après 44 nouvelles observations. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* 1930.

BALARD et MAHON. — Sa place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Marseille Médical* 1928.

BALARD et PLANÈS. — De la conduite à tenir chez les césarisées au cours des grossesses et des accouchements consécutifs. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique* 1920.

BERCONI. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. *Thèse de Paris* 1927.

BRINDEAU. — Le pronostic de la césarienne basse. Suites éloignées. *Bruxelles Médical* 10 août 1930.

BROUHA. — De la valeur césarienne de la transpéritonéale basse. *Soc. Gyn. et Obs. Paris* 1926.

CHATILLON. — Quatre cas d'opération césarienne basse. *Revue française de gyn. et obst.* Mars 1930.

CHATILLON. — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. *Revue française de gyn. et obst.* Octobre 1924.

CHEVAL. — Césarienne itérative dans un cas d'utérus et vagin cloisonné. *Bruxelles Médical* 20 juillet 1930.

CONSTANTINESCO. — Sur la césarienne basse. *Revue française de gyn. et obst.* 1927.

COUVELAIRE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne sur le corps de l'utérus. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris.* Novembre 1920.

COUVELAIRE. — Statistiques des césariennes basses faites à la clinique Baudelocque.

ENGELHARD. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. *Thèse Paris* 1926.

ENTZ. — Césarienne basse en dehors des dystocies osseuses. *Thèse Strasbourg* 1929.

FLEURENT. — A propos de la césarienne basse. *Bulletin d'obst et de gyn.* Paris 1925.

FOURNIER. — Césarienne itérative trois fois suivie d'hystérectomie sub-totale. Etude histologique de la cicatrice. *Soc. obst. et gyn.* 1929.

GAIFAMI. — A propos de 54 cas d'opérations césariennes transpéritonéales sur le segment inférieur. *Revue française obst. et gyn.* Janvier 1923.

GELLÉ. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. *Thèse Lille* 1930.

GROSSE. — Les résultats de la césarienne basse (2^e statistique personnelle). *Revue française obst. et gyn.* Décembre 1929.

HANRIOT. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. *Thèse de Paris* 1927.

HAUCH. — *Gyn. et Obst.* 1925.

JUNG. — *Bull. Soc. belge gyn. et obst.* 1930, n^o 3, p. 115.

MAHON. — L'action de la rachi-anesthésie sur la contraction utérine. *Obst. et Gyn.* Mars 1930.

MAHON. — La suture en un plan comme traitement préventif des suppurations de la paroi dans la césarienne basse. *Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux* 1932.

MORISSON-LACOMBE. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus. *Thèse de Paris* 1920.

MUHLRAD. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Thèse Paris* 1932.

PHANEUF. — L'accouchement par les voies naturelles à la suite de l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1927.

PHANEUF. — The transperitoneal cervical cesarean section *The Bulletin of the Lying — In Hospital of the city of New-York*, may 1924.

PHANEUF. — The transperitoneal cervical incision in the low cesarean section. *The Boston Médical and Surgical Journal of* Obnovembre 1927.

PHANEUF. — The obstetric future of women delivered by the low or cervical cesarean section. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, april 1927.

PHANEUF. — The cervical cesarean section. A report of the End. Results of 418 consecutive operations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, april 1931.

PLANES. — La valeur anatomique et fonctionnelle de l'utérus césarisé. *Thèse de Bordeaux*, 1920.

PONOMAREFF. — Opérations césariennes en Russie. *Gynécologie et Obstétrique de Paris*, août 1928.

PORTES et RISACHER. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse. *Soc. Obst. et Gyn.* 1926.

REEB. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1923.

SINICHA-TASSOVATZ. — La rachi-anesthésie dans la césarienne basse. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1929.

..SNÖCK. — L'épreuve du travail et la césarienne basse. *Bruxelles Médical* 1927.

WETTERWALD. — A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne transpéritonéale basse. *Gynécologie et Obstétrique de Paris*, février 1926.
